

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. lékařská fakulta



ÚSTAV OŠETŘOVATELSTVÍ

**Ošetřovatelská péče o pacientku s dg. Těžká depresivní fáze
s psychotickými příznaky**

Nursing care for patient with diagnose of severe depression with
psychotic symptoms

Případová studie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha, únor 2009

Martina Končická



Identifikační údaje

Autor práce:	Martina Končická
Bakalářský studijní program:	Ošetrovatelství
Bakalářský studijní obor:	Zdravotní vědy
Vedoucí práce:	Mgr. Tomáš Petr
Pracoviště vedoucího práce:	Ústřední vojenská nemocnice Praha, psychiatrické oddělení
Odborný konzultant:	MUDr. Tomáš Novák
Pracoviště odborného konzultanta:	Psychiatrické centrum Praha
Termín obhajoby:	Duben, 2009



Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a veškerou použitou literaturu jsem uvedla v seznamu odborné literatury. Souhlasím s případným využitím mé práce ke studijním účelům.

V Praze dne 26. února 2009

.....

Martina Končická



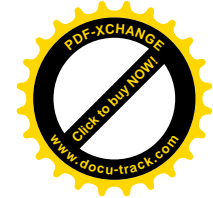
Poděkování

Děkuji tímto Mgr. Tomáši Petrovi a MUDr. Tomáši Novákovi za cenné rady, podněty, připomínky a ochotu při odborném vedení mé bakalářské práce.

V Praze dne 26. února 2009

.....

Martina Končická



OBSAH

1	ÚVOD	7
2	KLINICKÁ ČÁST	8
2.1	Poruchy nálady	8
2.2	Deprese	10
2.2.1	Úvod	10
2.2.2	Anatomie a fyziologie neuronu	10
2.2.3	Etiopatogeneze, epidemiologie	11
2.2.4	Klinický obraz	14
2.2.5	Diagnostika	16
2.2.6	Léčba	21
2.2.7	Prognóza	25
2.3	Základní údaje o nemocné z lékařské dokumentace	27
2.3.1	Přehled diagnosticky významných výkonů	29
2.3.2	Průběh hospitalizace	30
2.3.3	Farmakoterapie	32
3	OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	35
3.1	Ošetřovatelský proces	35
3.2	Ošetřovatelská anamnéza a zhodnocení nemocné	38
3.2.1	Aktuální ošetřovatelské diagnózy	44
3.2.2	Potenciální ošetřovatelská diagnóza	58
3.3	Dlouhodobý plán ošetřovatelské péče	60
3.4	Edukace	62



3.5	Psychologie nemocné – reakce na nemoc	64
3.6	Sociální problematika	66
4	ZÁVĚR	67
	Seznam odborné literatury	68
	Seznam zkratk	71
	Seznam příloh	73



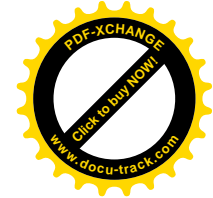
1 ÚVOD

Cílem bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o pacientku (46 let) s diagnózou Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky, která byla po sebevražedném pokusu hospitalizována na oddělení akutní péče v pražské psychiatrické léčebně.

V klinické části práce je zpracováno rozdělení afektivních poruch obecně a dále je podrobně popsána depresivní porucha. Konkrétně je rozpracována etiopatogeneze, etiologie, dále klinický obraz, diagnostika, léčba a prognóza tohoto onemocnění. Součástí klinické části jsou základní údaje o nemocné zjištěné z lékařské dokumentace, provedené diagnostické výkony, průběh hospitalizace a farmakoterapie.

Ošetrovatelská část se zabývá obecnou teorií ošetrovatelského procesu a „Modelem fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové, který byl použit pro odběr anamnestických dat a zhodnocení nemocné. Na základě informací získaných ze zdravotnické dokumentace, pozorováním, od nemocné a ostatních členů zdravotnického týmu byly ke třetímu dni hospitalizace nemocné stanoveny aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy. Dále je vypracován krátkodobý i dlouhodobý plán ošetrovatelské péče, realizace a hodnocení. Tuto část práce uzavírá edukace a psychologie nemocné.

Součástí bakalářské práce je seznam zkratk, použité odborné literatury a příloh. Celou práci uzavírají přílohy a souhlas etické komise psychiatrické léčebny se zpracováním této případové studie, včetně použití ošetrovatelské dokumentace.



2 KLINICKÁ ČÁST

2.1 PORUCHY NÁLADY (AFEKTIVNÍ PORUCHY)

Hlavním projevem poruch nálady je změna nálady nebo afektu ve smyslu snížení (deprese se současnou úzkostí nebo bez ní) nebo zvýšení (hypománie, mánie). Tyto změny nálady jsou obvykle doprovázeny změnou všeobecné úrovně aktivity a většina dalších příznaků je druhotných nebo snadno srozumitelných v kontextu změn nálady a aktivity. Většina poruch nálady má tendenci k periodicitě. Začátek jednotlivých epizod bývá často spojen se zátěžovými situacemi.

Základní přehled poruch nálady podle Mezinárodní klasifikace duševních poruch (MKN–10):

F30 Manická fáze

F31 Bipolární afektivní porucha

F33 Periodická (rekurentní) depresivní porucha

F34 Trvalé poruchy nálady (afektivní poruchy)

F35 Jiné poruchy nálady (afektivní poruchy)

F39 Nespecifikovaná porucha nálady (afektivní porucha) [20]

Z klinického hlediska rozeznáváme zejména bipolární typ afektivních poruch se střídáním epizod depresivních a manických a unipolární typ s fázickým nebo periodickým výskytem jen epizod depresivních nebo jen manických. [21]

Bipolární afektivní porucha

Porucha, vyznačující se dvěma nebo více epizodami, při nichž je úroveň nálady a aktivita pacienta zřetelně narušena. Toto narušení spočívá střídavě ve zvýšení nálady, vzrůstu energie a aktivity (manická epizoda), jindy v poklesu nálady a úbytku energie a aktivity (depresivní epizoda). Epizody jsou ohraničené buďto přesmykem do opačné nebo smíšené polarity, anebo remisí.

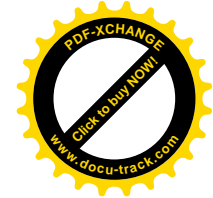


Manická epizoda (fáze)

Při mánii je nálada zvýšená nezávisle na okolnostech, ve kterých se jedinec nachází, a může přecházet od neomalené žoviálnosti až po nekontrolovatelné vzrušení. Elace je doprovázená zvýšenou energií, což vede k hyperaktivitě, nadměrné hovornosti a snížené potřebě spánku. Není možné udržet pozornost a často se projevuje zřetelná roztržitost. Často dochází ke zvýšenému sebehodnocení s velikášskými myšlenkami a přehnanou sebedůvěrou. Dochází ke ztrátě normálních sociálních zábran a to může vyústit v nezodpovědné, nevhodné, nebo riskantní chování. Vzrušení může přejít v agresivitu nebo zuřivost. K tomuto stavu se mohou přidat bludy nebo halucinace.

Depresivní epizoda (fáze)

Depresivní epizoda je chorobný stav projevující se depresivními rysy. Podle intenzity a množství příznaků můžeme depresi specifikovat jako mírnou, střední nebo těžkou. Může být se somatickým syndromem nebo bez somatického syndromu. Těžkou formu lze dále dělit podle přítomnosti psychotických příznaků, které odpovídají nebo neodpovídají náladě. [20]



2.2 DEPRESE

2.2.1 ÚVOD

Deprese je duševní onemocnění, které ovšem nelze charakterizovat jen jako špatnou náladu, jedná se totiž o nemoc celého organismu. V žádném případě to není nedostatek vůle nebo sebekázně. Deprese také není jenom reakce na nepříznivé události v životě, i když často na ně navazuje.

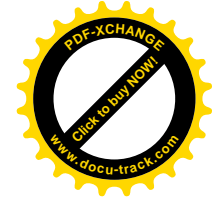
Základním rysem této poruchy je *patologicky pokleslá nálada*, která je *hlubší, intenzivnější a trvá déle*, než běžný smutek a *výrazně narušuje každodenní fungování*. Vedle poruchy nálady se objevují pocity zoufalství, beznaděje, dochází ke ztrátě radosti a prožívání z činností a aktivit, které radost přinášely, k poklesu energie a oslabení vůle. Běžné jsou i poruchy spánku, chuti k jídlu, soustředění, objevují se výčitky a myšlenky na smrt.

Deprese je u většiny lidí léčitelné onemocnění. Pokud však není léčena, vede ke ztrátě výkonnosti, k izolaci, ztrátě radosti v životě a výrazně zhoršuje celkový zdravotní stav člověka tím, že snižuje obranyschopnost organismu. [16]

2.2.2 ANATOMIE A FYZIOLOGIE NEURONU

Nervové buňky (**neurony**) jsou biochemicky i anatomicky specializované buňky schopné přenosu signálu a synaptického kontaktu s jinými neurony; vedou informace uvnitř centrální nervové soustavy (dále CNS) a do zbytku těla nebo z něj. Neurony lze rozdělit podle směru vedení na *aferentní* (přívodní) neurony, které vedou signál od senzorových receptorů do CNS, a *eferentní* (odvodní) neurony, které vedou signál z CNS k efektorům. Podle funkce rozlišujeme neurony motorické, senzitivní a senzorické.

Neuron se skládá z těla (soma) a výběžků. Výběžky, které přijímají informace se nazývají *dendrity* a mají větvičkovitý charakter. Neuron ovšem přijímá informace i prostřednictvím povrchu svého těla. Neuron přijímané informace zpracovává a předává (nebo nepředává) dál. Informace se vedou



axonem (neuritem), tj. výběžkem neuronu, který má různou délku a je zpravidla obalen myelinovou pochvou.

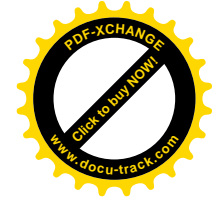
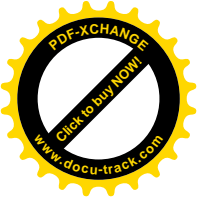
Kromě různých druhů nervových buněk jsou v mozku také různé typy **gliových buněk**, což jsou malé buňky funkčně spojené s neurony. Nejsou elektricky excitovatelné, a tudíž neprodukují akční potenciály.

Synapse jsou specializované oblasti buněčného kontaktu umožňující přenos informace z jednoho neuronu na druhý nebo mezi neurony a receptorovými nebo efektorovými buňkami. Jsou tvořeny presynaptickou částí spolu s přilehlou postsynaptickou (obvykle dendritickou) membránou. Presynaptická a postsynaptická část je oddělena synaptickou štěrbinou. V lidském nervovém systému se vyskytují především **chemické synapse**, v nichž presynaptický neuron uvolňuje přenosovou látku (neuromediátor, neurotransmitter, přenašeč), která difunduje přes synaptickou štěrbinu, reaguje se specifickými receptory v postsynaptické membráně a vyvolává tím procesy vedoucí ke změnám toku iontů přes tuto membránu a tedy ke změnám membránového potenciálu.

Neuroaktivní látky (mediátory, transmittery, působky) podílející se na přenosu nervového signálu lze dělit na neuromediátory, neuromodulátory, neurohormony. **Neuromediátory** jsou látky uvolňované z neuronu do synaptické štěrbiny a ovlivňující aktivitu (excitovatelnost) pouze jedné nebo několika prostorově blízkých buněk (jiného neuronu nebo svalové buňky). Zajišťují tak mezibuněčný přenos nervového signálu. Jako nejdůležitější mediátory jsou popisovány tyto látky: acetylcholin, aminy (noradrenalin, adrenalin, dopamin, histamin, serotonin), aminokyseliny (kyselina gamaaminomáselná [GABA], glycin, glutamát) a některé specifické peptidy (enkefalin, beta-endorfiny, VIP). [2, 12, Příloha č. 2]

2.2.3 ETIOPATOGENEZE, EPIDEMIOLOGIE

Přesná etiopatogeneze deprese je neznámá, jde o onemocnění multikauzální. Příčiny vzniku jsou jak biologické, tak psychosociální a zdá se,



že deprese představuje multifaktoriálně podmíněný reakční vzorec na různé vnitřní a vnější podmínky, který se proto projevuje jako syndrom. [3, 18]

Neurobiologické systémy

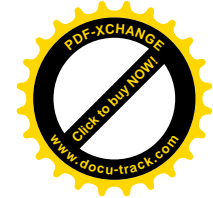
Lidský mozek je složen přibližně ze 100 miliard nervových buněk. Neuromodulátory jsou chemické látky, pomocí kterých mezi sebou jednotlivé nervové buňky komunikují. Jednotlivé vzruchy vznikají v jedné nervové buňce a jsou pomocí neurotransmiterů přenášeny na další buňky. Takto vyslaný posel ovlivní činnost jiné buňky tím, že se naváže na určité citlivé místo (receptor), podobně jako když klíč zapadne do zámku. Při depresi jsou nejvíce studovány zejména tyto chemické působky – **serotonin, noradrenalin, dopamin**, acetylcholin, GABA. Epizoda depresivní nálady je spojená s nedostatkem těchto látek na nervových zakončeních (synapsích) v mozku. Není však jasné, zda tyto změny hrají roli v etiologii, nebo zda pouze doprovázejí určité znaky nebo příznaky. Tato biochemická porucha je přítomna u všech typů deprese, ať spouštěč najdeme, nebo ne. [16, 20]

U řady somatických chorob bývá výskyt deprese častější. Jedná se například o některé endokrinopatie (hypothyreóza, Addisonova choroba), o infekční choroby (hepatitida, endokarditida), o degenerativní onemocnění (Alzheimerova choroba, roztroušená skleróza, Parkinsonova choroba), stejně jako pyelonefritida nebo lupus erythematoses. [17]

Chronobiologické hypotézy afektivních poruch předpokládají, že na vzniku některých onemocnění se mohou podílet poruchy určitých biologických rytmů. [2]

Psychologické faktory

Také psychologické faktory hrají velkou roli při vytváření dispozice k onemocnění depresí. Některé typy osobnosti nebo charakterové vlastnosti zvyšují riziko vzniku afektivních obtíží. Lidé s nedostatečným sebevědomím, kteří se dívají na sebe, okolnosti a budoucnost pesimisticky, nebo lidé, kteří žijí v silně stresujících podmínkách, jsou více náchylní k depresi. Lidé, kteří neumějí sami sebe odměňovat a pochválit, jsou tedy více závislí na pochvale a odměně okolí, jsou nadměrně snaživí a závislí na hodnocení druhých. Lidé náchylní k depresím bývají málo asertivní, mají potíže se snášením kritiky od



ostatních. Jinou tendencí je obracet vztek na sebe i v situacích, kdy by se měli hněvat na druhé.

Nejčastěji souvisí s rozvojem deprese v dospělosti ztráta důležité osoby v dětství, předčasné oddělení od matky, nedostatečná péče, týrání dítěte, nebo naopak přílišné rozmazlování. [16]

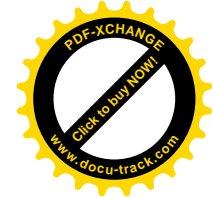
Teorie „naučené bezmoci“ vysvětluje depresi jako důsledek ztráty vlivu na události. Jedinec se k tomuto konceptu může dopracovat, ocitá-li se v situaci, jež je krajně nepříznivá, ohrožující nebo frustrující, a současně z této situace nemá šanci uniknout. Každé jeho snažení je bezvýsledné, nadhraniční stres, ve kterém se nachází, vede k postižení řady funkčních mozkových systémů a jeho bezmocná reakce se „zapisuje“ jako jediná použitelná i pro budoucí situace. [4, 16]

Kognitivní teorie deprese vysvětluje vznik a vývoj deprese tím, že jedinec vytváří na základě životních zkušeností určité závěry, které skládá do celostních schémat a představ o sobě ve světě ve vztahu k současnosti i k budoucnosti. Tato schémata se projevují jako:

- negativní pohled na sebe („věci jsou špatné, protože já jsem špatný“)
- negativní interpretace zkušenosti („všechno vždycky bylo špatně“)
- negativní pohled do budoucna (anticipace selhání) [3, 4]

Psychoanalytické teorie předpokládají, že projevy deprese v dospělém věku jsou důsledkem potlačených agresivních impulsů, které se objevily na počátku života a které nemohly být (v obavě ze ztráty lásky matky) patřičně projeveny. Jde tedy o „agresi obrácenou proti jedinci samotnému“. [3]

Jestliže při vzniku depresivní poruchy předpokládáme určitou kombinaci a vzájemné působení různých biologických a sociálních vlivů, které vytvářejí dispozici k onemocnění, tuto dispozici potom tvoří nadměrná citlivost (hypersenzitivita) a zvýšená zranitelnost (vulnerabilita). Zda člověk s touto dispozicí onemocní, závisí na vzájemném působení nejrůznějších příčin. I člověk s touto dispozicí v příznivém případě depresivní poruchou nemusí onemocnět. [16]



V anamnéze pacientů s afektivní poruchou lze zjistit zvýšený výskyt různých stresových a tzv. negativních životních událostí, jako jsou například ztráta blízkého příbuzného, ztráta zaměstnání, závažné změny v sociálním statutu, změna role a podobně. [17]

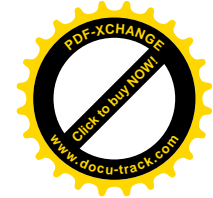
Celoživotní riziko depresivní poruchy činí 5–12 % u mužů a 9–20 % u žen. Prevalence deprese je 2–3 % u mužů a 5–9 % u žen.

Riziko onemocnění pro sourozence nemocného s depresí, jehož rodiče netrpěli depresivní poruchou, se pohybuje kolem 8 %. Pokud depresí trpěl jeden z rodičů, riziko stoupá přibližně na 24 %. Riziko pro dítě nemocného s depresí se pohybuje kolem 10 %. [19]

2.2.4 KLINICKÝ OBRAZ

Základním rysem depresivní poruchy je **patická nálada**, obvykle smutek nebo ztráta zájmů či potěšení téměř ze všech obvyklých činností a zábav. Tato porucha je v popředí, přetrvává a je spojena s jinými příznaky depresivního syndromu, jako jsou porucha chuti k jídlu, změna tělesné hmotnosti, poruchy spánku, **psychomotorická agitovanost či retardovanost** (útlum, inhibice), ztráta energie, pocity bezcennosti či viny, obtížné soustředění a přemýšlení, myšlenky na smrt nebo sebevraždu či dokonce sebevražedné pokusy. Psychomotorické tempo bývá nejčastěji utlumené a zpomalené, a to v různé míře. Pacient tak může působit při méně nápadných projevech dojmem člověka „líného“, při vystupňování potíží je však i laikovi nápadná chorobná apatie a neschopnost nemocného. Ztráta energie je prožívána jako únava a fyzická nevykonnost. I ty nejmenší úkoly se zdají nezvládnutelné. Navenek patrné ochablé držení těla, charakteristická mimika, zpomalení reakcí a snížení výkonnosti jsou doprovázeny analogickým útlumem tzv. kognitivních funkcí, tedy těch psychických operací, které jsou odpovědné za tzv. racionální postupy.

Depresivní jedinec popisuje svoji náladu jako depresivní, smutnou, beznadějnou, bezradnou, sklíčenou, je „sesypaný“, „na hromadě“, „s nervama pryč“ apod. Jindy je to **neschopnost prožít radost** (anhedonická deprese), depresivní jedinec se nedokáže na nic těšit, nic mu neudělá radost, nic ho



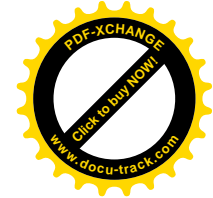
nerozveselí. Někdy je deprese provázena i sevřením na hrudi (může imitovat anginózní potíže či infarkt myokardu), bolestmi svalů, kloubů, dyspeptickými příznaky, pocity tíže v končetinách. Ztráta zájmů se projeví i stažením se od přátel a rodiny a zanedbáváním toho, co bylo předtím zdrojem potěšení.

Z poruch spánku jde častěji o insomni (hyposomni), což zahrnuje poruchu usínání, buzení se v noci a neschopnost ráno dospat. U hospitalizovaných nemocných trpících depresí je výskyt nespavosti odhadován na 90 %!

Myšlenky na smrt mohou být různé povahy, od obav ze smrti přes pocity, že by bylo lépe nežít, že život nestojí za to, až po jasné plány na sebevraždu (suicidální tendence) či **sebevražedné pokusy** (tentamina suicidii, TS).

Sebevražda je vědomé a úmyslné ukončení života a patří mezi deset nejčastějších příčin smrti. Sebevražda je obvykle nejzávažnější komplikací duševních onemocnění a udává se, že kolem 15 % pacientů s depresí zemře sebevraždou. Nebezpečné bývá zejména období zmírnění těžké deprese, kdy má více energie na to, aby suicidium realizoval. Nemocný vycházející z těžké deprese může spáchat sebevraždu i ze strachu před opakováním deprese v budoucnosti. Tato situace se může objevit po propuštění z nemocnice, kdy najednou cítí, že v přirozeném prostředí zvládá sebe a své problémy hůře, než pod ochranou psychiatrického oddělení. U pacientů s depresí může situaci dále komplikovat abúzus (nadměrné užívání) alkoholu.

K sebevražednému jednání může dojít i u osob bez známek duševního onemocnění (bilanční sebevražda, sebeobětování, biická sebevražda). Sebevražda je asi 3x častější mezi muži než mezi ženami a naopak sebevražedný pokus (parasuicidium, liší se od sebevraždy tím, že jedinec zůstává naživu) je asi 3x častější mezi ženami. Sebevraždy se nejčastěji vyskytují na jaře (duben) a naopak méně často v zimě, jsou častější v pondělí a úterý a méně časté o víkendu. Traduje se, že muži páchají sebevraždu častěji v noci a ženy ve dne. K nejčastějším způsobům dokonané sebevraždy v České republice patří oběšení, uškrcení či udušení. Nejčastějšími prostředky



sebevražedných pokusů jsou otrava pevnou nebo tekutou látkou či plynem, poranění řezným, sečným nebo bodným nástrojem.

Vyskytnou-li se psychotické příznaky, jako bludy (kvalitativní porucha myšlení, charakterizovaná mylným obsahem, nesprávnými úsudky a chorobným přesvědčením, které nelze rozumovými nebo praktickými důkazy vyvrátit nebo korigovat) a halucinace (porucha vnímání; vjemy bez jakéhokoliv vnějšího reálného podnětu, jsou nevývratné a nemocní k nim mají patický postoj, považují je za realitu), mluvíme o **psychotické depresi**. Bludy a halucinace se objevují zhruba u 15 % všech případů depresivních poruch. Pocity vlastní méněcennosti, špatnosti a viny (autoakuzace) mohou nabýt až bludného charakteru (mikromanické bludy). Častý je blud, že utrpení (nemoc) pacienta je trestem za jeho hříchy a nepřístojnosti. Mohou zde být nihilistické bludy světové či osobní zkázy, hypochondrické bludy. Jedná se o kongruentní bludy (obsah bludů je v souladu se základní diagnózou, tedy s depresí). Výjimečné u deprese nejsou ani bludy vztahovačnosti (paranoidní, persekční bludy), které nejsou v souladu s náladou a nazývají se proto bludy inkongruentní. Sluchové halucinace potvrzují bludná přesvědčení a obvykle se projevují pomlouvačnými nebo obviňujícími hlasy. [1, 3, 4, 5, 14]

2.2.5 DIAGNOSTIKA

ZÁKLADNÍ VYŠETŘOVACÍ METODY:

•PSYCHIATRICKÉ VYŠETŘENÍ

Psychiatrické vyšetření provádí psychiatr a jeho hlavní součástí je rozhovor s nemocným. Účelem rozhovoru je:

- získat anamnézu a přehled o dosavadním životě nemocného,
- navázat kontakt a terapeutický vztah,
- vytvořit atmosféru vzájemné důvěry, spolehlivosti a spolupráce,
- porozumět současnému stavu nemocného,
- postavit diagnózu,
- sestavit léčebný plán.



Psychiatrické vyšetření má tyto části:

- základní identifikační údaje,
- anamnéza,
- nynější onemocnění (NO),
- přítomný stav psychický (SPP),
- přítomný stav somatický (SPS),
- psychodynamický rozbor,
- diagnóza a diferenciální diagnóza,
- terapeutický plán,
- souhrn.

Do příznaků, které patří do *diagnostických kritérií MKN-10 pro depresivní epizodu*, řadíme:

- a) depresivní nálada v míře jednoznačně abnormální pro daného jedince, přítomná po většinu dne a téměř každý den, značně ovlivněná okolnostmi a trvající alespoň dva týdny;
- b) ztráta zájmu nebo potěšení při aktivitách, které jsou normálně příjemné;
- c) pokles energie nebo zvýšená unavitelnost;
- d) ztráta sebedůvěry nebo sebeúcty;
- e) bezpředmětné prožívání výčitek proti sobě samému nebo pocitů nadměrné a bezdůvodné viny;
- f) opakované myšlenky na smrt nebo sebevraždu nebo jakékoli suicidální chování;
- g) stížnosti nebo důkazy svědčící o snížené schopnosti myslet nebo soustředit se, o nerozhodnosti nebo váhavosti;
- h) změna psychomotorické aktivity s agitovaností nebo zpomalením (ať již hodnocené subjektivně, nebo objektivně);
- i) poruchy spánku jakéhokoliv typu;
- j) změna chuti k jídlu (snížení nebo zvýšení) s odpovídajícími změnami hmotnosti.

Pro definování *somatického syndromu* by měly být přítomny tyto příznaky:



- 1) zřetelná ztráta zájmu nebo potěšení při aktivitách, které jsou normálně příjemné;
- 2) nedostatek emočních reakcí na události nebo aktivity, které normálně vyvolávají emoční odpověď;
- 3) ranní probouzení dvě nebo více hodin před obvyklou dobou;
- 4) deprese je těžší ráno;
- 5) objektivní důkaz výrazné psychomotorické retardace nebo agitovanosti;
- 6) výrazná ztráta chuti k jídlu;
- 7) úbytek hmotnosti (o 5 % nebo více za poslední měsíc);
- 8) zřetelná ztráta libida.

Pro diagnózu Těžká depresivní epizoda (fáze) s psychotickými příznaky musí být přítomen okruh:

- bludy nebo halucinace, jiné než uváděné jako typicky schizofrenní, anebo
- depresivní stupor. [4, 5, 20]

•PSYCHOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Psychologické vyšetření provádí klinický psycholog a slouží k upřesnění psychiatrického vyšetření, k přesnému vyšetření kognitivních změn, psychotických fenoménů, intelektu a osobnosti pacienta. Součástí vyšetření je pozorování, rozhovor a *psychologické testy*, které se obvykle dělí na *výkonové* a *osobnostní*. Mezi nejčastěji užívané psychologické testy patří například: Wechslerova inteligenční škála pro dospělé, Wechslerova paměťová škála, Rorschachův test, Tematický apercepční test (TAT), testy nedokončených vět, test kresby stromu, Lüscherův test, MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) a další. [5]

POMOCNÁ VYŠETŘENÍ:

•LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Zpravidla nevede bezprostředně ke stanovení psychiatrické diagnózy, je však nesmírně cenné při diagnostice symptomatických psychických poruch.



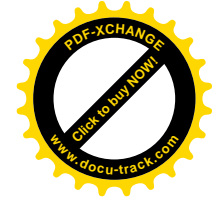
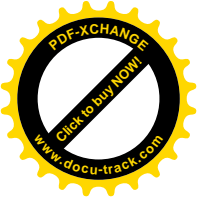
Metabolická dysbalance může rovněž zhoršovat závažnost i průběh psychopatologických symptomů. U hospitalizovaných pacientů se provádí rutinní laboratorní vyšetření, které se skládá z vyšetření krevního obrazu a diferenciálního rozpočtu, elektrolytů v séru, glykemie, proteinemie, jaterních testů, sérové urey, kreatininu, chemického vyšetření moče a sedimentu. Na některých pracovištích patří do základního screeningu také vyšetření na HIV a syfilis. U atypických psychóz a depresí vyšetříme navíc tyreoidální hormony, kortizolemii a přítomnost toxických látek.

Dále se provádí stanovení plazmatických koncentrací psychofarmak pro zajištění adekvátní terapeutické hladiny, při somatických onemocněních, při kontrole užívání, při současné léčbě jinými léky, které mohou ovlivnit metabolismus psychofarmak a při podezření na předávkování. [5]

•**EKG (elektrokardiografie)** – zvláštnostmi v psychiatrické praxi jsou hypokalemie u poruch příjmu potravy. Tricyklická antidepresiva mohou zvyšovat tepovou frekvenci, mohou vyvolávat tachykardie, AV blok a mohou spolu s některými antipsychotiky prodlužovat QT interval a vyvolávat arytmie. [5]

•**NEUROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ**

Orientační neurologické vyšetření je součástí psychiatrického vyšetření přítomného stavu somatického. Hlavním postupem při vlastním neurologickém vyšetření je aspekce (pozorování). Dále se provádějí vyšetřovací manévry a zkoušky, jejichž cílem je ozřejmit motorické a non-motorické příznaky onemocnění. Prováděná vyšetření obsahují zkoušky stranové dominance, hodnotí se vědomí, orientace, pozornost, paměť, praxe, exekutivní funkce a logické myšlení. Dále se vyšetřuje funkce hlavových nervů, konfigurace končetin, stoj, chůze a čití. Neurologicky lze diagnostikovat příčiny a hloubku poruch vědomí, korové syndromy, extrapyramidové poruchy hybnosti, epilepsii. Neurologické vyšetření slouží rovněž k objasnění příčin cefaley, k potvrzení diagnostiky cévních onemocnění mozku, tumorů mozku, roztroušené sklerózy a zánětů mozku, kraniocerebrálních traumat. [5]



•EEG (elektroencefalografie)

Jde o vyšetření měřící elektrickou aktivitu z nejpovrchnějších korových neuronů, vznikající při činnosti mozku.

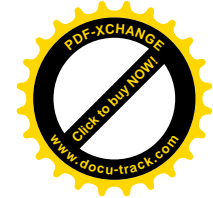
Na psychiatrických odděleních se EEG často používá vzhledem ke své dostupnosti a nízkým nákladům jako screening pro vyloučení nebo potvrzení organického poškození mozku u demenčních a psychotických pacientů. Zjišťuje také diagnózu epilepsie, tumorů mozku a iktu. U epilepsie nelze toto vyšetření nahradit jiným, a proto jsou obecnou indikací všechny psychické poruchy s náhlým začátkem, při stavech zmatenosti a při poruše vědomí. EEG může také přispět k objektivizaci stavů spojených s úzkostí a neklidem. [5]

•DALŠÍ ZOBRAZOVACÍ METODY

CT (počítačová tomografie) – využívá stejného principu jako rentgen, v psychiatrii se nejčastěji využívá k vyloučení organické etiologie alterace psychického stavu. Mezi další indikace patří demence a jiné klinicky významné a nevysvětlitelné kognitivní deteriorace, první epizody psychotického onemocnění po vyloučení intoxikace, každý psychiatrický syndrom spojený s neobjasněným neurologickým deficitem, každý pacient s afektivním či psychotickým onemocněním s atypickou odpovědí či s rezistencí ke standardní farmakoterapii

MR (magnetická rezonance) – principem je pohyb atomů přítomných v mozku, které se chovají jako magnety. Výhodou je, že vyšetření je neinvazivní a nepředstavuje pro pacienta žádnou radiační zátěž, rozlišuje šedou a bílou hmotu mozkovou. Je indikováno u prvních epizod psychotických a jiných stavů s náhlým začátkem.

PET (pozitronová emisní tomografie), SPECT (jednofotonová emisní tomografie), MRS (magnetická rezonanční spektroskopie) – dovolují měřit denzitu receptorů, aktivitu endogenních neurotransmiterů nebo enzymatickou aktivitu, avšak zatím jsou doménou výzkumu. [5, 11]



2.2.6 LÉČBA

Úkolem léčby je odstranit příznaky onemocnění, obnovit původní pracovní a společenské uplatnění a odvrátit nebezpečí relapsu choroby. K tomu slouží především psychofarmaka, psychoterapie a elektrokonvulzivní terapie (ECT).

FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Efekt psychofarmakoterapie stoupá se závažností symptomatologie (soubor příznaků, kterými se může projevit určitá nemoc). Základ terapie tkví v podávání **antidepresiv**. Je možno je dělit podle jejich mechanismu účinku, to znamená, jak ovlivňují jednotlivé centrální neurotransmitterové systémy. Antidepresivní účinek se většinou dostavuje se zpožděním několika dnů až tří týdnů. Asi 75 % pacientů odpovídá na léčbu pozitivně. Nedostaví-li se kladná odpověď ani po 4–6 týdnech, je vhodné uvažovat o změně antidepresiva.

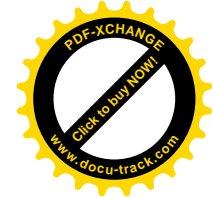
•Tricyklická a tetracyklická antidepresiva (první generace)

Inhibují především zpětné vychytávání noradrenalinu a serotoninu, případně dopaminu. Jsou velmi účinná, avšak jejich užívání je spojeno s výskytem poměrně intenzivních vedlejších účinků, které souvisí s jejich anticholinergním, antihistaminergním a anti-alfa-1-adrenergním působením. Dnes jsou tyto preparáty až druhou volbou. K nežádoucím účinkům patří suchost sliznic, obtíže s defekací, retence moče, poruchy oční akomodace, tachykardie, třes, snížené pocení a vzestup tělesné teploty, poruchy srdečního rytmu, ortostatický kolaps, únava, někdy neklid, poruchy spánku, zvyšování tělesné hmotnosti, závratě, poruchy erekce a libida a další.

Do zástupců této skupiny patří amitriptylin, dibenzepin, dosulepin, imipramin, klomipramin, nortriptylin.

•Heterocyklická antidepresiva (druhá generace)

Mají stejný mechanismus účinku jako preparáty první generace, ale nemají anticholinergní nežádoucí účinky. Patří sem viloxazin, bupropion SR.



•SSRI, SARI, NARI, DARI (třetí generace)

Inhibují zpětné vychytávání jen jednoho ze tří monoaminů: serotoninu (SSRI, SARI), noradrenalinu (NARI) nebo dopaminu (DARI). Obecně mají nižší výskyt nežádoucích účinků než předchozí generace.

SSRI – mezi nežádoucí účinky patří například gastrointestinální obtíže, sexuální dysfunkce. Zástupci jsou citalopram, fluvoxamin, fluoxetin, paroxetin, sertralin.

SARI – nežádoucími účinky mohou být synkopy, sucho v ústech, ospalost. Patří sem trazodon, nefazodon.

NARI – reboxetin

DARI – amineptin

•SNRI, DNRI (čtvrtá generace)

SNRI – blokují zpětné vychytávání serotoninu a noradrenalinu, nepůsobí anticholinergně, adrenolyticky ani antihistaminově. Jsou účinnější než SSRI a zároveň lépe snášena než tricyklická antidepresiva, mají rychlejší nástup efektu. Nežádoucí účinky mohou být nauzea, pocení, třes. Patří sem venlafaxin, milnacipran.

•Antidepresiva blokující $\alpha 2$ -adrenoreceptory

Vedou ke zvýšení syntézy a uvolňování jak noradrenalinu, tak serotoninu do synoptických štěrbin. Zástupci jsou mianserin, mirtazapin.

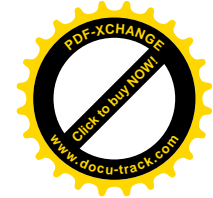
•Inhibitory monoaminoxidáz (MAO)

Tato skupina se vyznačuje jiným mechanismem účinku než ostatní antidepresiva. Brání rozkladu monoaminů inhibicí enzymu MAO, který odbourává noradrenalin, dopamin, serotonin, tyramin a další látky.

1. generace: neselektivní, ireverzibilní inhibitory MAO, patří sem preparáty fenelzin, nialamid, tranlylcypromin.

2. generace: selektivní inhibitory MAO typu A nebo B (RIMA), patří sem moklobemid, selegilin.

Tyto preparáty se nesmějí kombinovat s jinými antidepresivy, aby nedošlo ke vzniku *serotoninového syndromu* (následkem zvýšené hladiny serotoninu v synapsích dochází k přílišné aktivaci serotoninových receptorů; toxická koncentrace serotoninu, náhlý vznik, příznaky gastrointestinální,



neurologické, kardiovaskulární, vegetativní, psychické). Při užívání těchto léků (1. generace) je nutné dodržovat přísnou dietu vylučující tyramin v potravě (aromatické sýry, banány, hrozny, výrobky z kyselého mléka, červené víno, kuřecí játra, uzená masa, kvasnice, fazole, boby a další), protože by mohla nastat *hypertenzní krize*.

•Jiné preparáty

Fytofarmakum *třezalka tečkovaná* je rovněž slabým inhibitorem zpětného vychytávání monoaminů.

Tianeptin je „antistresová látka“, která je podobně účinná jako předešlé skupiny antidepresiv.

Mezi další léky, které se využívají v léčbě deprese, řadíme anxiolytika. Jejich účinku se využívá ke snížení úzkosti a napětí a k zlepšení spánku. Patří sem benzodiazepinová anxiolytika (například alprazolam, bromazepam, klonazepam, diazepam, oxazepam) a nebenzodiazepinová (buspiron, hydroxyzin, meprobamat).

U depresí s psychotickými příznaky se používají také antipsychotika (neuroleptika). Dělí se na klasická (sedativní, incizivní) a atypická.

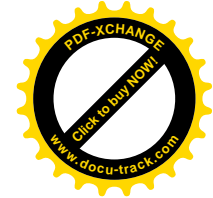
Klasická *sedativní*: chlorpromazin, thioridazin, chlorprothixen, metotrimeprazin.

Klasická *incizivní*: perfenazin, prochlorperazin, haloperidol, melperon, flupentixol.

Atypická: sulpirid, amisulpirid, risperidon, ziprasidon, klozapin, olanzapin, quetiapin, zotepin. [5, 11, 20]

PSYCHOTERAPIE

Pro léčbu depresí je vhodná kombinace farmakologické léčby a psychoterapie (PST). Tato kombinovaná léčba je prokazatelně účinnější než použití pouze jedné z metod, avšak pro lidi trpící velmi hlubokou depresí je samotná psychoterapie málo účinná. Může ale pomoci v době, kdy depresivní fáze odeznívá. Metodou první volby je PST u lehčích forem deprese a u depresí reaktivních a neurotických.



•Kognitivně – behaviorální terapie

Soustřeďuje se na korekci chronické deformace myšlení. Deformace spočívá především v neustálém pocitu bezmoci a beznadějně situace v přítomnosti, minulosti i s výhledem do budoucnosti. Zvláštnosti nežádoucího způsobu chování lze ovlivnit technikami pozitivního podmiňování.

•Skupinová terapie

Lze ji použít především u lehčích forem deprese nebo při zotavování se z těžké depresivní epizody. Není indikována v případech, kdy hrozí sebevražda.

•Psychoanalýza

Je cílená k dosažení porozumění nevědomým konfliktům a motivacím, které mohou být příčinou deprese.

•Podpůrná psychoterapie

Je důležitým doplňkem kteréhokoli způsobu léčby depresí. Může být uplatněna jako hlavní metoda léčby u fyziologického zármutku, je nezbytná při zotavování se z epizody těžké deprese.

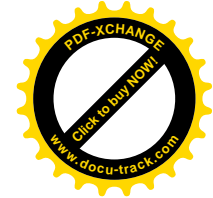
•Rodinná terapie

Pomáhá zvládat depresivním pacientem narušenou stabilitu rodiny, dopad rodinných událostí, které se vztahují k depresi, nebo posiluje podporu pacienta rodinnými příslušníky. [11, 20]

ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE (ECT)

Je indikována u těžkých forem deprese s akutní suicidalitou, u deprese s bludy a depresivním stuporem, když pacient odmítá přijímat stravu a tekutiny, když je přítomné výrazné narušení psychomotoriky, které nereagovalo na více než jedno antidepresivum, nebo při tělesném ohrožení. ECT, pokud jde o antidepresivní působení, je nepřekonatelná a účinek se dostavuje velmi rychle, rovněž snižuje sebevražednost.

Mechanismus účinku nebyl dosud uspokojivě vysvětlen. Dochází ke zvýšenému prokrvení mozku, zvyšuje se metabolismus centrálního nervového systému, zvyšuje se spotřeba kyslíku a glykemie, dochází k zásahům do funkcí mediátorových a endokrinních systémů a dalším změnám.



Základem této metody je vyvolání epileptiformních záchvatů pomocí aplikace střídavého nebo modulovaného stejnosměrného proudu mozkem z bitemporálně nebo unilaterálně umístěných elektrod o napětí 80–130 voltů po dobu 0,1–1,3 sekundy. ECT vyvolá tonicko-klonické křeče svalstva celého těla s odpovídajícím záznamem na EEG. Provádí se v krátkodobé celkové anestezii (thiopental), myorelaxaci (sukcynylcholin), jako premedikace se používá atropin. Efektivní konvulze trvají od 20 do 90 sekund, po ukončení fáze klonických křečí se provádí ventilace 100 % kyslíkem. Série ECT je obvykle 6–12 aplikací v intervalu 2–3x týdně. Nežádoucími účinky ECT mohou být bolesti hlavy, nevolnost, slabost, svalové bolesti, nepříjemné vzpomínky na dušení, pocity zmatku, zmatenost a poruchy paměti. Anterográdní amnézie je nejhorší bezprostředně po výkonu a návrat k normě se obvykle dostaví do 72 hodin. Retrográdní amnézie trvá déle a normalizují se po 3–7 měsících.

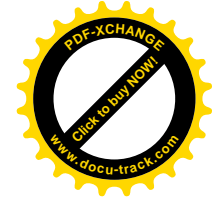
Dalšími biologickými metodami léčby deprese jsou *phototerapie* a *spánková deprivace*. [5, 11, Příloha č. 3]

2.2.7 PROGNOZA

Depresivní porucha se může vyskytnout v kterémkoli věku, ale nejčastěji začíná kolem 40 let. Všeobecně platí, že čím je věk začátku poruchy nižší, tím vyšší je riziko, že porucha bude rekurentní. Příznaky depresivní poruchy se obvykle vyvíjejí po dobu dnů až týdnů. Někdy navazují na závažnější psychickou zátěž, jindy vznikají bez zjevné příčiny. Prodromální období, které může zahrnovat příznaky úzkosti a depresivní symptomatiku, může trvat týdny až měsíce, než se rozvine úplný obraz epizody depresivní poruchy. Neléčená epizoda trvá v typických případech 6 měsíců nebo déle a je nezávislá na věku, kdy se poprvé objevila, pokud ovšem nedojde k nejtragičtějším konci – k sebevraždě. U většiny případů dochází k úplné remisi. Zhruba u 20–30 % pacientů nedochází k úplnému ústupu veškerých příznaků po dobu mnoha měsíců i let. I u léčených pacientů dochází k úplné remisi zásluhou léčby jen asi v 50 %. Prognóza je horší, jestliže jsou příznaky



na začátku poruchy těžší, je-li rozvoj poruchy plíživý a nasedá-li akutní epizoda na chronickou depresivní poruchu. Riziko relapsu je poměrně vysoké v průběhu několika měsíců po zotavení. Asi 25 % relapsů se dostaví během 12 týdnů remise. Řada studií však prokázala, že včas podaná antidepressiva během první epizody a jejich dostatečně dlouhé podávání po ní mohou vzniku další epizody zabránit. [15, 20]



2.3 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉ Z LÉKAŘSKÉ DOKUMENTACE

Jméno: D. Š.

Pohlaví: žena

Věk: 46 let

Rodinný stav: vdaná

Bydliště: Praha

Povolání: kadeřnice

Hospitalizace: 4. hospitalizace od 21. 11. 2007

Vstup: nedobrovolný

RA: otec zemřel v 70 letech na ca kolon, matka v 70 letech zemřela při operaci dělohy. Sourozence nemá. Závislosti a TS v rodině neguje.

OA: s ničím se neléčí – vyjma depresivního syndromu, v dětství tonzilektomie, úrazy neguje, bezvědomí i epilepsii také neguje.

AA: neguje

FA: snad měla brát Citalec a Zyprexu, sama udává, že moc neužívala.

GA: dle dokumentace 1 porod, 3 potraty

ABUSUS: kouří, alkohol, drogy, léky mimo předpis neguje

PSYCHIATRICKÁ: v minulosti hospitalizována v psychiatrické léčebně, Psychiatrická ambulance – MUDr. XY, Praha 4, údajně dochází.

SOCIÁLNÍ: vdaná, 1 syn (16 let, učí se číšníkem), pracuje jako kadeřnice. Vyučena kadeřnicí, střední odborné učiliště bez maturity. 1999–2004 pečovatelský o matku: zemřela před třemi lety.

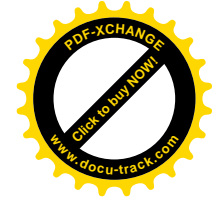
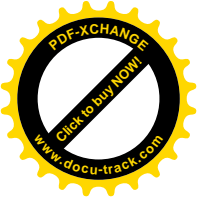
PARTNERSKÉ VZTAHY: manžel nemocen, má plný invalidní důchod (PID) pro cukrovku a diskopatii, pracoval jako technik pro film.

ŘP: má, ale nejedí.

STŘELNÁ ZBRAŇ: neguje

KRIMINALITA: neguje

PARERE: MUDr. XY stp. po TS pobodáním



NO PACIENT: ...nechtěla žít, stále nechce...léky brala, ale jen občas, měla hlasy, teď nemá. Bylo to špatný, nechce žít...už to nemá cenu...

SPP: při vědomí, kontakt omezený, orientována místem a situací, časem neodpoví. PMT zpomalené, myšlení semikoherní, chudé, nevýpravné. Odpovědi jednoslovné, se zárazy, semimutismus. Bez přímé bludné produkce, ale psychotické prožitky nelze vyloučit. Forie depresivní, pocity insuficience, hypobulie, hypoprosexie, dyssomnie, nechutenství. Stav po opakovaných TS, aktuálně st. p. TS pobodáním, nyní suicidální úvahy nadále nelze vyloučit. Rámcově pasivně spolupracuje.

SPS: KP kompenzována, st. p. TS pobodáním – revisio cavi peritonei laparoscopica.

Dg: F32.3. Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky

F10.2., F10.7. v anamnéze. st. p. opakovaných TS medikamenty, nyní pobodání.

21. 11. 2007 revisio cavi peritonei laparoscopica

Na CT naznačena kortikální atrofie mozku (2007).

RESUME: opakovaná hospitalizace 46leté pacientky, nyní st. p. TS pobodáním, předána po revizi z chirurgie fakultní nemocnice v Praze. Semimutistická, facies depresivní, projev nevýrazný, chudý, nelze vyloučit další TS jednání. Pacientka negativistická, bez náhledu, poruchy vnímání nelze vyloučit. Přijata nedobrovolně, nebezpečná sobě. Umístěna na pokoj zvýšené péče (PZP), zvýšený dohled na TS. Průkaz práce neschopných (PN) nepotřebuje.

Vyšetření somatického stavu při přijetí:

Váha: 49kg

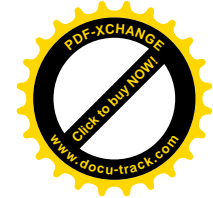
Výška: 166cm

TK: 105/60 mmHg

P: 76/min. pravidelný

TT: 36,9°C

D: 16/min.



Pacientka při vědomí, spolupracuje neochotně, subfebrilní, bez ikteru a cyanózy, hydratace snižená, kůže suchá, normostenická, klidově eupnoická, vyšetřena v lůžku.

Hlava: pokleповě nebolestivá; bulby ve středním postavení, volně pohyblivé; spojivky růžové; skléry anikterické; zornice isokorické; uši a nos bez výtoku; jazyk suchý, bez povlaku, plazí středem; hrdlo klidné; chrup sanován.

Krk: uzliny a štítná žláza nehmatné; šíje volná

Hrudník: symetrický

Plíce: dýchání čisté, sklípkové, bez vedlejších poslechových fenoménů

Srdce: akce srdeční pravidelná

Břicho: v niveau, měkké, volně prohmatné, na rozhraní epigastria a mesogastria 2 stehy bodné rány cca 3cm, zaveden drén, dále dvě skarifikace pod mečíkem nešité; játra a slezina nehmatné; podbříšek klidný

Končetiny: klouby volně pohyblivé, bez otoků a deformit [22]

2.3.1 PŘEHLED DIAGNOSTICKY VÝZNAMNÝCH VÝKONŮ

1. den hospitalizace: Laboratorní vyšetření

Krevní obraz:

Hemoglobin 115,00g/l (referenční mez pro ženy 115-160 g/l)

Hematokrit 0,346 (referenční mez pro ženy 0,37-0,47)

Ostatní hodnoty v normě.

Biochemické vyšetření krve:

Kalium 3,6mmol/l (referenční mez 3,5-5,0 mmol/l)

Glukóza 6,3mmol/l (referenční mez 3,0-5,0 mmol/l)

Ostatní hodnoty v normě.

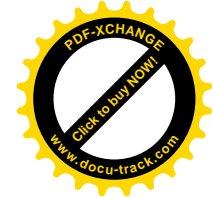
Koagulační vyšetření: všechny hodnoty v normě

FW: 14/20mm/hod (referenční mez pro ženy 0-15mm)

Moč chemicky: hodnoty v normě [9]

5. den hospitalizace: EEG + NEUROLOGICKÉ vyšetření se závěrem:

V neurologickém nálezu bez lateralizace či jiných ložiskových změn, EEG jsou v mezích normy.

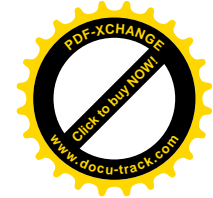


CT vyšetření nebylo nyní provedeno, závěr CT starého 7měsíců: Naznačená kortikální atrofie mozku. [22]

2.3.2 PRŮBĚH HOSPITALIZACE

Pacientka byla na naše oddělení akutní péče psychiatrické léčebny přijata 21. 11. 2007 překladem z chirurgie fakultní nemocnice v Praze, kde byla provedena revisio cavi peritonei laparoscopica po pokusu o sebevraždu pobodáním. Pacientku doma našel manžel na zemi v koupelně se zabodnutým nožem v břiše a okamžitě přivolal rychlou záchrannou službu (RZS). Byla ihned operována a na naše oddělení byla přeložena hned druhý den po operaci ve stabilizovaném stavu, při vědomí, kardiopulmonálně kompenzována. Při příjmu je pacientka semimutistická, depresivní, projev má nevýrazný, chudý, je negativistická, bez náhledu na svůj stav a nelze vyloučit další TS jednání. Popírá auditivní halucinace, které také ovšem nelze vyloučit, je patrná snaha o disimulaci, narůstá tenze, spolupráce pacientky je velmi problematická. Nemocná má zaveden permanentní močový katétr (PMK) a periferní žilní kanylu (PŽK) na pravé horní končetině, v operační ráně je zaveden drén, 2 stehy in situ, suché krytí. Rána je klidná, bez známek komplikací, sekrece z drénu přiměřená. Pacientka byla uložena na pokoj zvýšené péče. Byla provedena základní laboratorní vyšetření bez výraznějšího patologického nálezu. Lékařem byla ordinována infuzní terapie k podpoře hydratace, sleduje se bilance tekutin, dieta prozatím tekutá, klidový režim na lůžku.

V dalších dnech je nemocná nadále kardiopulmonálně kompenzována, postupně byl odstraněn zavedený drén, rána klidná, bez známek komplikací, odstraněn i PMK a PŽK, taktéž bez komplikací, ukončena infuzní terapie. Pacientka byla postupně vertikalizována, přechází na dietu kašovitou s doplňkovou stravou. Byl sledován stav rány, prováděny sterilní převazy. V následujících dnech je provedeno EEG + NEUROLOGICKÉ vyšetření, pacientka dostává dietu č. 3 + doplňkovou výživu, byly odstraněny stehy z rány na břiše, přemístěna z pokoje zvýšené péče na standardní pokoj.

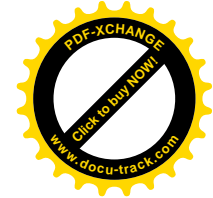


Spolupráce s pacientkou byla z počátku velice problematická, byla negativistická, téměř nekomunikující, tenzí, stažená, zpomalená, bez náhledu na svůj stav, celou situaci bagatelizuje. Na cílený dotaz nejistě přiznává sluchové halucinace, které vzápětí popírá. Pasivní až apatická, při snaze o aktivizaci odmítá spolupracovat, s výjimkou cesty na toaletu odmítá opustit lůžko. Stále trvá zvýšený dohled na TS a na příjem per os. Opakovaně bylo nutné podávat medikaci pro zvýšenou tenzi a pro nespavost. Později nemocná spolupracuje lépe, více komunikuje, snaží se být aktivnější, nadále ovšem stažená, tichá, depresivní, zpomalená. Přiznává sluchové halucinace v předchozích dnech, které momentálně již rezolutně neguje. TS myšlenky také popírá, nadále trvá zvýšený dohled na chování a stav pacientky.

Po dvaceti dnech hospitalizace na našem oddělení je pacientka 11. 12. 2007 přeložena na oddělení následné psychiatrické péče k doléčení. Rána se hojí per primam, nemocná spolupracuje, je asuicidální (bez sebevražedných tendencí), náladu má mírně projasněnější, tenze i úzkosti ustoupily, poruchy vnímání nebyly vyexplorovány, spánek se částečně upravil, nadále však přetrvávají autoakuzace, depresivní ladění, obavné myšlenky. Do domácího léčení byla poté nemocná propuštěna 17. 1. 2008 v uspokojivém stavu bez psychotické produkce, spolupracující, s náhledem na svoje onemocnění.

Zhodnocení pacientky a plán ošetrovatelské péče jsem stanovila ke 3. dni hospitalizace (viz ošetrovatelská část), a proto se stavem nemocné v tomto období zabývám podrobněji.

V tento den byla lékařem ukončena infuzní terapie, PŽK i PMK odstraněny, místo po vpichu PŽK bez známek komplikací, provedená laboratorní vyšetření krve jsou bez patologického nálezu. Dieta kašovitá + lékařem ordinován doplněk stravy ve formě Nutridrinku. Byla provedena kontrola a převaz rány, která je klidná, bez známek komplikací, s mírnou čirou sekrecí. Pacientka je omezeně spolupracující, komunikuje málo (se sestrami však lépe), stále tichá, depresivní, velice pasivní. Je nutná aktivizace, zvýšený dohled na TS a na příjem per os.



2.3.3 FARMAKOTERAPIE (seřazeno abecedně)

Augmentin 1g por. tbl. flm., Augmentin 1,2g inj. plv. sol.:

IS – antibiotikum, kombinace amoxicilinu a klavulanátu

NÚ – gastrointestinální potíže (nevolnost, zvracení, průjem), alergické reakce (kopřivka, svědění, erythema multiforme, anafylaktický šok vyvolán parenterálním podáním), kolpitidy, kandidózy

Betadine drm. sol.:

IS – antiseptikum, lokální dezinficiens

NÚ – zřídka podráždění kůže

Citalec 20 por. tbl. flm., Citalopram actavis 20 por. tbl. flm.:

IS – antidepresivum

NÚ – velmi často ospalost, nespavost, agitovanost, nervozita, bolesti hlavy, třes, závratě, nauzea, sucho v ústech, palpitace, zácpa, průjem, zvýšená potivost, poruchy akomodace. Často poruchy spánku, zhoršená koncentrace, abnormální sny, amnézie, úzkost, snížení libida, zvýšení chuti k jídlu, anorexie, apatie, sebevražedné pokusy, zmatenost, migréna, tachykardie, posturální hypotenze, dyspepsie, zvracení, zvýšené slinění, poruchy močení, úbytek nebo zvýšení tělesné hmotnosti, rýma, porucha ejakulace, vyrážka, pruritus, únava. Méně často euforie, zvýšení libida, extrapyramidové poruchy, křeče, bradykardie, zvýšení hodnot jaterních enzymů, kašel, tinitus, myalgie, alergické reakce, malátnost.

Fraxiparine inj. sol.:

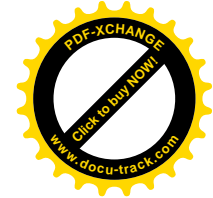
IS – antitrombotikum, antikoagulans

NÚ – zjevné či skryté krvácení, vzácně snížení počtu krevních destiček, zřídka nekróza kůže v místě vpichu, hematomy v místě vpichu, kožní či celková přecitlivělost

Heparin forte inj. sol.:

IS – antikoagulans

NÚ – krvácení mikroskopické i manifestní, z místních lézí, slizniční, kožní, do retroperitonea, do nadledvin, mozku. Vzácněji trombocytopenie, přechodné alergické reakce



Mirtazapine-teva 30mg por. tbl. flm.:

IS – antidepressivum

NÚ – často zvýšení chuti k jídlu a přírůstek tělesné hmotnosti, ospalost, sedace, otok, závrať a bolesti hlavy. Méně často nauzea. Vzácně ortostatická hypotenze, mánie, křeče, třes, akutní útlum kostní dřeně, exantém, syndrom neklidných nohou, únava, noční můry, artralgie.

Novalgin por. tbl. flm., inj. sol.:

IS – analgetikum, antipyretikum

NÚ – nauzea, zvracení, bolesti břicha, sucho v ústech, alergické kožní reakce, vzácně celkové alergické reakce až anafylaktický šok, hypotenze.

Novikov sol.:

- k ošetření kůže v místě stehů

Rivotril 2,5mg/ml por. gtt. sol.:

IS – antiepileptikum. *Psychiatrické indikace vycházejí z účinků anxiolytických, hypnosedativních, antikonvulzivních, myorelaxačních.*

NÚ – únava, ospalost, svalová slabost, obtíže při chůzi, příležitostně útlum dechu, inkontinence, svalová hypotonie, poruchy zraku a koordinace. Při opakovaném podání vyvolává fyzickou závislost!

Tisercin inj. sol.:

IS – psychofarmakum, neuroleptikum

NÚ – ospalost, ortostatická hypotenze, tachykardie, sucho v ústech, extrapyramidový syndrom včetně chronických (tardivních) dyskínéz.

Zyprexa por. tbl. flm., velotab por. tbl. dis.:

IS – antipsychotikum

NÚ – velmi často ospalost a přibývání na váze, často eozinofilie, zvýšená chuť k jídlu, zvýšení plazmatické hladiny glukózy, triglyceridů a cholesterolu, glykosurie, závrať, akatizie, dyskineze, ortostatická hypotenze, obtipace, sucho v ústech, otoky. Velmi často zvýšení prolaktinémie (vzácně spojeno s gynekomastií, galaktoreou).

Glukóza 5 BRAUN inf. sol.:

IS – infuzní roztok, glukóza; určeno ke krytí energetických potřeb a doplnění vody v organismu, nosný roztok pro léky i ionty

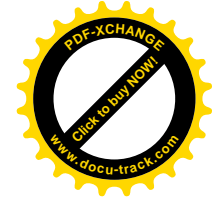


NÚ – hyperglykémie, při podání roztoků vyšších koncentrací lokální dráždění cévní stěny, dlouhodobé podávání či rychlá infuze velkých objemů izoosmotických roztoků může způsobit edém a intoxikaci vodou

Chlorid sodný 0,9% BRAUN inf. sol.:

IS – infuzní terapie, základní infuzní roztok k přímé intravenózní aplikaci, ředicí a nosný roztok pro léky, k doplnění vody a elektrolytů při izotonické dehydrataci

NÚ – přímé NÚ nejsou uváděny [8]



3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

3.1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetrovatelský proces je základním metodickým rámcem pro realizaci cílů ošetrovatelství. Umožňuje systematický specifický způsob individualizovaného přístupu k ošetrování každého nemocného/klienta v nemocniční i terénní péči.

Ošetrovatelský proces je série vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráce při individualizované ošetrovatelské péči. Slovo „proces“ je míněno jako průběh ošetrovatelské činnosti – jako způsob práce s nemocným. Odráží se především v aktivních činnostech sestry, k nimž se rozhodne na základě hlubšího poznání nemocného, zejména takového, který své potřeby dostatečně nesignalizuje buď proto, že toho není schopen pro svůj těžký stav, nebo proto, že je signalizovat neumí nebo z různých důvodů nemůže či nechce. Ošetrovatelský proces poskytuje sestrám profesionální model ošetrovatelské péče.

Ošetrovatelský proces se uskutečňuje v 5 fázích:

1. zhodnocení nemocného („kdo je můj nemocný?“)

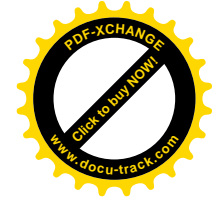
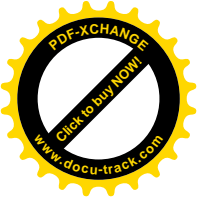
- ošetrovatelská anamnéza
- zhodnocení nemocného pomocí rozhovoru, pozorování, testování, měření

2. stanovení ošetrovatelských potřeb, problémů, diagnóz („co ho trápí?“)

- ošetrovatelské problémy identifikované sestrou
- problémy pociťované nemocným
- dohoda s nemocným o pořadí jejich naléhavosti

3. vypracování individualizovaného plánu ošetrovatelské péče („co pro něj mohu udělat?“)

- stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetrovatelské péče
- návrh vhodných opatření pro jejich dosažení
- dohoda s nemocným o pořadí naléhavosti jejich provedení



4. realizace aktivní individualizované péče

5. zhodnocení efektu poskytnuté péče („pomohla jsem mu?“)

Jednotlivé fáze se vzájemně prolínají a opakují. Sestra musí nejprve nemocného poznat, zjistit jeho základní problémy z ošetrovatelského hlediska, rozhodnout se ve spolupráci s nemocným, případně jeho rodinou pro správnou strategii jeho ošetřování (individuální plán ošetrovatelské péče) a nakonec zhodnotit efekt poskytované péče. [10]

Existují různé teoretické modely, které se stávají podkladem pro ošetrovatelský proces, zejména ve zhodnocení nemocného.

K realizaci svého ošetrovatelského procesu jsem si vybrala **model Marjory Gordon: Model funkčních vzorců zdraví („Model fungujícího zdraví“)**. Odborníci na ošetrovatelskou teorii označují tento model za nejkomplexnější pojetí člověka v ošetrovatelství z hlediska holistické filozofie. Model funkčních vzorců zdraví splňuje požadavek na rámcový standard pro systematické ošetrovatelské hodnocení zdravotního stavu pacienta/klienta v jakémkoliv systému zdravotní péče, v péči primární, sekundární, terciární. Tento model je odvozený z interakcí osoba – prostředí. Zdravotní stav jedince je vyjádřením bio-psycho-sociální interakce. Při kontaktu s pacientem/klientem sestra identifikuje funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví.

Základní strukturu modelu tvoří dvanáct oblastí, označených autorkou jako dvanáct funkčních vzorců zdraví. Každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být buď funkční, nebo dysfunkční. Tyto vzorce zdraví obsahují:

1. *vnímání zdraví – udržování zdraví*, obsahuje vnímání zdraví a pohody jedincem a způsoby jakými se stará o vlastní zdraví,
2. *výživa – metabolismus* zahrnuje způsob přijímání potravy a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu,
3. *vylučování* – zahrnuje exkreční funkci střev, močového měchýře a kůže,



4. *aktivita – cvičení* obsahuje způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami, zahrnuje aktivity denního života, volného času a rekreační aktivity,

5. *spánek – odpočinek* zahrnuje způsob spánku, oddechu, relaxace,

6. *citlivost (vnímání) – poznávání* obsahuje schopnost smyslového vnímání a poznávání, včetně bolesti, a poznávací (kognitivní) schopnosti jedince: orientace, řeč, paměť, abstraktní myšlení, schopnost rozhodování atd.,

7. *sebepojetí – sebeúcta* vyjadřuje, jak jedinec vnímá sám sebe, jakou má o sobě představu,

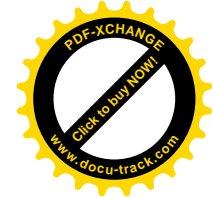
8. *role – vztahy* obsahuje přijetí a plnění životních rolí a úroveň interpersonálních vztahů,

9. *reprodukce – sexualita* zahrnuje reprodukční období a sexualitu, včetně spokojenosti a změn,

10. *stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance* obsahuje celkový způsob tolerance a zvládání stresových či zátěžových situací,

11. *víra – životní hodnoty* obsahuje individuální vnímání životních hodnot, cílů a přesvědčení, včetně víry (náboženského vyznání) a transcendentna (to, co překračuje naši rozumovou a smyslovou zkušenost), které jedince ovlivňují,

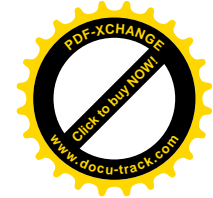
12. *jiné* [13]



3.2 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A ZHODNOCENÍ NEMOCNÉ

Anamnestické údaje a důležité informace jsem získala ze zdravotnické dokumentace, z rozhovoru s pacientkou a její rodinou, pozorováním a od ostatních členů zdravotnického týmu. Spolupráce s paní D. Š. nebyla zpočátku nijak snadná, pacientka se mnou komunikovala velmi málo a trvalo téměř 3 dny, než byla schopna alespoň částečně odpovídat na moje otázky. Po navázání důvěryhodného vztahu se ale naše spolupráce zlepšila a byly jsme schopné se v některých oblastech společně domluvit na stanovení jejích problémů a na možnostech jejich řešení. *Kompletní doplnění ošetřovatelské anamnézy, zhodnocení nemocné a stanovení ošetřovatelských problémů jsem uskutečnila 3. den hospitalizace.* [Příloha č. 4, 5]

Paní D. Š. (46 let) je 23 roků vdaná, má jednoho syna (16 let), který se učí číšníkem. Žije ve společné domácnosti s manželem a synem, do roku 2004 s nimi žila i matka pacientky, o kterou bylo nutné poslední 3 roky intenzivně pečovat. Po smrti matky (v 70-ti letech) se u pacientky začaly projevovat různé psychické potíže, které později vedly k opakovaným hospitalizacím na psychiatrii. Manžel pacientky je 10 let v plném invalidním důchodu pro diskopatii a cukrovku. Paní D. Š. nemá žádné sourozence, její otec už také nežije, zemřel v 70-ti letech na karcinom tlustého střeva. Závislosti, psychická onemocnění či suicidální pokusy v rodině pacientka neguje. Manželem bylo sděleno, že prastrýc nemocné se většinu svého dospělého života léčil na psychiatrii, což později pacientka nejistě potvrzuje. Paní D. Š. v dětství prodělala běžné dětské nemoci, v 6-ti letech podstoupila tonzilektomii. Všechna sledovaná onemocnění neguje. Je vyučena kadeřnicí a celý život se tím živila. O jiném povolání nikdy neuvažovala. V posledních několika letech už ale svoji práci nezvládá, nebaví ji to. Je přesvědčena o tom, že stejně skončí v invalidním důchodu. Nyní její pracovní neschopnost trvá již 8 měsíců.



Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou

Celkový vzhled, úprava, hygiena: Upravená, ale nemá učesané vlasy.

Dutina ústní a nos: V normě.

Zuby: Zubní náhrady: Nemá.

Chybění zubů: 0

Slyší šepot? Ano.

Přečte novinové písmo? Ano.

Má brýle? Ne.

Puls: Rychlost: 80/min **Pravidelnost:** Ano. **Jakost (síla):** V normě.

Dýchání: Čisté. **Pravidelnost:** Ano. **Hloubka:** V normě.

Krevní tlak: 100/65 mmHg

Stisk ruky: Slabý.

Může zvednout tužku? Ano.

Rozsah pohybu kloubů: V normě.

Svalová tuhost/pevnost: Nedostatečná.

Kůže: Kostní výběžky: Beze změn. **Změna barvy:** Bledá. **Kožní léze:** 0

Na břicho na rozhraní epigastria a mesogastria bodná sešitá rána, sterilně krytá, neprosakuje.

Chůze: S dopomocí, pomalá, nejistá.

Držení těla: Ochablé.

Chybění části těla: 0

Kódy pro funkční úroveň soběstačnosti (0–5):

Schopnost najíst se: 2

Umýt se: 3

Okoupat se: 4

Celkový pohyb: 3

Schopnost dojít si na toaletu: 3

Pohyb na lůžku: 1

Schopnost obléknout se: 2

Uvařit si: nehodnoceno

Nakoupit si: nehodnoceno

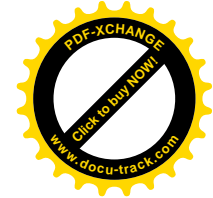
Udržování domácnosti: nehodnoceno

Kanyly intravenózní: nemá

Vývody/cévkky: nemá

Odsávání: nemá

Nynější hmotnost: 49 kg



Výška: 166 cm

Tělesná teplota: 36,8 °C

Objektivní pozorování v průběhu získávání informací a vyšetření:

Orientace: Místem, časem ano.

Chápe myšlenky a otázky? Konkrétní a jednoduché dotazy ano.

Řeč, způsob vyjadřování: Pomalá, tichá, odpovídá se zpožděním.

Úroveň slovní zásoby: Přiměřená.

Oční kontakt: Navazuje obtížně, krátký.

Rozsah pozornosti: Obtížné soustředění.

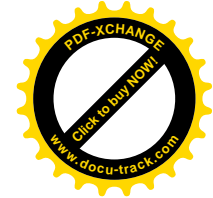
Nervozita: Nemocná je mírně úzkostná.

Asertivní nebo pasivní: Pasivní.

Vzájemná spolupráce a součinnost se členy rodiny nebo osobou doprovázející, pokud je přítomna: Dobrá.

1. Vnímání zdraví – udržování zdraví: Pacientka se vždy považovala za psychicky labilní osobu, nikdy nedokázala řešit náročné životní situace a svou nemocí se cítí zcela pohlcena. Tomu, že se jedná o chorobu, ze začátku moc nevěřila, ale když jí to všichni už dlouho říkají, tak je to pravda... Má pocit, že se nemůže nijak bránit, neumí vzdorovat, neví, jak by se měla o svoje zdraví starat. Do psychiatrické ambulance sice občas zašla, ale nemá pocit, že by jí to nějak zvlášť pomáhalo. Stejný názor má i na předepsanou medikaci, kterou doma brala velice nepravdělně. Považuje se za velmi nemocného a neschopného člověka a je s tím smířena. Skutečnost, že je toto již její čtvrtá hospitalizace, nijak nekomentuje.

2. Výživa – metabolismus: Vždy byla spíše štíhlá, v posledních dvou letech výrazně zhubla o 10kg, nyní váží 49kg, měří 166cm. Body mass index (BMI) 17,8. Chuť k jídlu momentálně nemá, musí se velmi přemáhat. Nemá v oblibě maso, ale nepovažuje se za vegetariánku. Hydratace snižena, nemocná udává denní příjem tekutin pod 1 litr. Pije vodu, minerálky, čaje. Zde na oddělení často odmítá tekutiny, nemá pocit žízně. Dříve pila často alkohol. To,



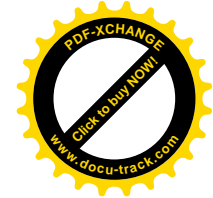
že má v současnosti kašovitou stravu, jí nevadí, stejně by nechtěla normálně jíst. Na břiše na rozhraní epigastria a mesogastria má bodnou ránu sešitou dvěma stehy s mírnou čirou sekrecí.

3. Vylučování: Udává dlouhodobé potíže s vyprazdňováním stolice ve smyslu zácpy, chodí 1x za 4 – 5 dní. Je zvyklá si 1 – 2x do měsíce brát projímadlo. Barva i charakter stolice je prý normální. Zde na oddělení zatím na stolici nebyla. S močením problémy nemá, nevadilo jí, že měla do dnešního rána zaveden PMK. V noci se více potí a je jí to nepříjemné.

4. Aktivita – cvičení: Žádnému sportu ani cvičení se nikdy nevěnovala, má ráda pasivní odpočinek. V poslední době neměla sílu ani vyjít do bytu do třetího patra. Cítí se ochablá a velmi slabá. Neuvažuje o tom, že by začala alespoň rekreačně sportovat, nemá na to myšlenky a nezajímá ji to. Momentálně se není schopna sama o sebe postarat, pobolívá ji operované břicho, nechce a nemůže se zcela samostatně pohybovat, chodit se jí také nechce. Při cestě na toaletu chůze pomalá, nejistá. Je dosti pasivní.

5. Spánek – odpočinek: Nemocná udává výrazné problémy se spaním, bez prášku většinou neusne a v noci se často budí. Ráno se necítí odpočatá a je unavená přes den. V době hospitalizace je to ještě horší, budí se kolem třetí či čtvrté hodiny ranní a už neusne. Má ráda spíše chladněji a vyžaduje naprostý klid. Doby, kdy už brzy ráno nemůže spát, hodnotí jako nejhorší, v hlavě má spoustu černých myšlenek a cítí se zcela vyčerpaně, má pocit, že by nedokázala ani vstát z postele.

6. Vnímání – poznávání: Paní D. Š. je momentálně bez náhledu na celou situaci, jsou patrné poruchy vnímání ve smyslu sluchových halucinací, které ale striktně popírá a snaží se dissimulovat. Myšlení je zpomalené, kognitivní funkce jsou zhoršeny v souvislosti se základním onemocněním, špatně si vybavuje, lze pozorovat zárazy v myšlení a naslouchací postoje. Odpovídá s dlouhými latencemi a neochotně. Pacientka je depresivní, komunikuje velice málo, spíše negativistická, úzkostná. Není schopna se validně rozhodovat, jedná pod vlivem bludné produkce. Místem, časem je rámcově orientována, osobou a situací nikoliv. Potíže se zrakem neudává, brýle nepoužívá. Se sluchem problémy nemá, žádné kompenzační pomůcky



nepotřebuje. Momentálně si pacientka stěžuje na občasnou bolest břicha po operaci, hlavně při změnách polohy, ale toto udává jen na cílený dotaz. Nabízená analgetika odmítá.

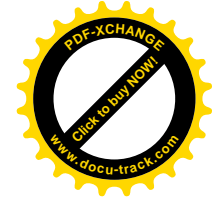
7. Sebepojetí – sebeúcta: V poslední době trpí pacientka přesvědčením, že ostatním lidem přináší pouze zlo a neštěstí a nezaslouží si žít. Je odpovědná za všechny špatné věci, které se přihodily jejím blízkým i ostatním lidem, je k ničemu a prostoupena Satanem. Nikdy nic nedokázala a neuměla...Tato přesvědčení u pacientky dosahují bludného charakteru v souvislosti se základní diagnózou.

8. Role – vztahy: Paní D. Š. tvrdí, že zklamala jako dcera, matka i manželka. Nezaslouží si přízeň svého syna i manžela, odmítá jejich návštěvu na oddělení a přestala s nimi komunikovat. Dříve to prý bývalo v pořádku, jako rodina si rozuměli a podporovali se navzájem. Manžel sděluje, že se bude snažit svoji ženu maximálně podpořit a pomůže jí.

9. Reprodukce – sexualita: Menses začala asi ve třinácti letech, většinou nepravidelná, hormonální antikoncepci nikdy neužívala. Poslední 2 roky mívá menstruaci velmi nepravidelnou a silnou, udává také návaly. Poslední menstruace asi před dvěma měsíci. Porod 1x, potrat 3x spontánní. Neví o tom, že by někdy trpěla sexuálně přenosnou chorobou. O sexuálním životě se mnou odmítá hovořit.

10. Stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance: Pacientka nikdy nezvládala pro ni náročné životní situace, které by pro jiného člověka pravděpodobně velkou zátěž ani nepředstavovaly. Naučila se pomáhat si alkoholem. Pila pravidelně asi litr vína denně. V současné době prý už půl roku abstínuje, hlavně kvůli synovi, ale neví, zda to dokáže i nadále, nevěří si. Kouří 15 až 20 cigaret denně už dvacet let. Léky předepsané od psychiatra užívá nepravidelně, nemá pocit, že by to bylo k něčemu dobré.

11. Víra, životní hodnoty: Momentálně paní D. Š. věří pouze v Satana, Bůh ji opustil už dávno. V lepší budoucnost nedoufá, nic pěkného už ji rozhodně nečeká. Nemá proč žít, syn už je skoro dospělý a nepotřebuje ji, na manžela myslet nechce. Plány do budoucna nemá, nechce se jí žít...



12. Jiné: Způsobilost k právním úkonům bez omezení, řidičský průkaz vlastní, ale nejedí. Ambulantní psychiatr – MUDr. XY, poslední návštěva 3. 10. 2007.

Na základě získaných informací jsem stanovila ke 3. dni hospitalizace nemocné tyto **ošetřovatelské diagnózy** s plánem péče pro denní směnu 7–19 hodin:

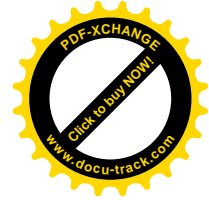
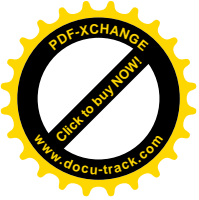
Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

1. Riziko sebevraždy; násilí vůči sobě v souvislosti s předchozími pokusy.

1. Porucha vnímání z důvodu sluchových halucinací.
2. Deficit tělesných tekutin z důvodu nedostatečného příjmu.
3. Porušená; nedostatečná výživa z důvodu snížené chuti k jídlu.
4. Porucha tkáňové integrity z důvodu pobodání.
5. Poruchy spánku z důvodu deprese.
6. Neochota ke spolupráci z důvodu chybějící motivace.
7. Bolest v oblasti operační rány z důvodu porušené tkáňové integrity.
8. Beznaděj z důvodu dekompenzace psychického stavu.
9. Deficit sebepéče v oblasti hygieny z důvodu nedostatečné motivace.

Potenciální ošetřovatelská diagnóza:

10. Riziko zácpy v souvislosti se sníženou mobilitou a omezením využití břišních svalů.



3.2.1 AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

1. Riziko sebevraždy; násilí vůči sobě v souvislosti s předchozími pokusy.

Krátkodobý cíl:

- pacientka neohrožuje sama sebe
- dokáže slovně vyjádřit příčiny svého jednání a jak jim předcházet, dokáže verbalizovat své prožitky

Plán ošetrovatelské péče:

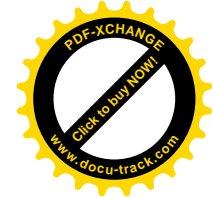
- ulož pacientku na pokoj zvýšené péče a zajisti nepřetržitý dohled
- omez rizika prostředí, v kterém se nachází, a odstraň z dosahu nemocné předměty, které by se daly k případnému sebepoškození použít
- zvýšeně kontroluj užívání léků z hlediska terapeutického a z hlediska předcházení tomu, že si pacientka léky nashromáždí a požije je v sebevražedném úmyslu
- trpělivě naslouchej a ber vážně jakékoliv zmínky o ukončení života nebo narážky na sebevraždu
- projev účast s utrpením, které pacientka prožívá, její problémy nebagatelizuj

Realizace a hodnocení plánované péče:

- nemocná byla již na počátku hospitalizace uložena na pokoj zvýšené péče, který bezprostředně navazuje na sesternu a díky velkému skleněnému průzoru s bezpečnostní fólií umožňuje nepřetržitý dohled na nemocnou
- okno na pokoji je rovněž potaženo bezpečnostní fólií zabraňující jeho rozbití
- opakovaně jsem zkontrolovala věci, které měla nemocná u sebe a zaměřila jsem se zejména na veškeré ostré, skleněné a další nebezpečné předměty (riziková jsou například zrcátka, nůžky na nehty, skleněné obaly a lahvičky, zapalovač, sirky, léky, igelitové pytlíky, pásek od županu atd.), po návštěvě manžela jsem zkontrolovala donesené věci a z županu jsem odstranila rizikový opasek
- po podání medikace jsem vždy pečlivě zkontrolovala dutinu ústní, použila jsem dřevěnou ústní špátli, nemocná neprojevovala tendence k podvádění
- pacientku jsem doprovázela na každou návštěvu toalety a do koupelny



- pacientka byla po celý den pod zvýšeným dohledem, riziko násilí vůči sobě bylo minimalizováno
- s nemocnou jsem jednala trpělivě, důstojně a bez časové tísně



2. Porucha vnímání z důvodu sluchových halucinací.

Krátkodobý cíl:

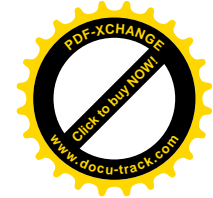
- zachovává orientaci na realitu, je orientována místem, časem a osobou

Plán ošetrovatelské péče:

- s nemocnou jedne trpělivě
- snaž se zjistit přítomnost halucinací a jejich konkrétní formu
- používej dotazy typu: „slyšíte nějaké hlasy, i když jste v pokoji sama?“, „děje se kolem vás něco divného, co si neumíte nijak vysvětlit?“, „slyšíte nějaké podivné zvuky nebo hlasy?“, „co vám hlasy říkají, přikazují vám něco nebo nějak hodnotí vaše jednání?“
- pacientce halucinace nevyvracej ani nepotvrzuj, ale ujisti ji, že jí věříš, i když máš jiný názor
- snaž se zachovat její orientaci na realitu tím, že budeš podle potřeby opakovat datum, dnešní den a místo, kde se nachází
- pomoz nemocné zorientovat se v situaci tím, že budeš podávat jasné a jednoduché informace, představíš jí spolupacientku na pokoji i členy ošetrovatelského týmu
- dbej na soulad svých verbálních i neverbálních projevů
- v případě zvýšené tenze či úzkosti podej medikaci dle ordinace lékaře ke zklidnění a sleduj efekt

Realizace a hodnocení plánované péče:

- pacientka na cílený dotaz ohledně sluchových halucinací neodpovídá, nepřiznává je, ale z jejího chování a projevu jsou patrné. Realitu vnímá zkresleně, je stále nedůvěřivá.
- ujistila jsem ji, že jí nehrozí žádné nebezpečí, i přes to, že se kolem ní dějí obtížně vysvětlitelné věci a jsem tu proto, abych jí pomohla
- dopoledne bylo nutné opakovaně připomínat, který je den, protože ani jednou neodpověděla správně
- představila jsem jí její novou spolupacientku, kterou ale úplně ignorovala



3. Deficit tělesných tekutin z důvodu nedostatečného příjmu.

Krátkodobý cíl:

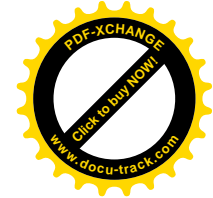
- dnes od 7–19 hod. pacientka přijme sama alespoň 1,5 litru tekutin dle vlastního výběru

Plán ošetrovatelské péče:

- edukuj nemocnou přiměřeně stavu o nezbytnosti dostatečného příjmu tekutin
- upozorni na eventuální následky nedostatečné hydratace, včetně možné opětovné infuzní terapie
- sleduj stav kůže, sliznic a jazyka
- nabídni nápoje, které má ráda a domluv se s rodinou, aby jí je přinesla
- připrav tekutiny na noční stolek k lůžku nemocné a aktivně je průběžně nabízej
- pomůž-li to pacientce, poskytni jí slánku na pití
- v pravidelných intervalech sleduj množství přijatých tekutin a informuj lékaře, proved' zápis do ošetrovatelské dokumentace

Realizace a hodnocení plánované péče:

- nemocné jsem vysvětlila, že je velice důležité dostatečně pít, i když nemá pocit žízně a upozornila jsem jí také na to, že v opačném případě by mohla být znovu zahájena infuzní terapie
 - poskytla jsem jí hrnek na pití s ryskou u 250ml a domluvily jsme se na tom, že v každou celou hodinu vypije polovinu hrnečku a to i v tom případě, že nebude mít žízeň
 - do džbánu jsem uvařila 2 litry ovocného slazeného čaje, který si vybrala z nabízených možností a měla jej k dispozici u lůžka
 - dnes rodina nepřišla, proto jsme se nemohli domluvit, aby jí donesli oblíbenou minerálku
 - při každé návštěvě u lůžka nemocné jsem zkontrolovala, kolik čaje vypila a její aktivitu jsem pochválila a ocenila. Třikrát jsem jí musela připomenout, aby se napila.
 - do 19. hodin pacientka sama vypila 1600ml čaje
 - množství přijatých tekutin jsem zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace
- [Příloha č. 6]



4. Porušená; nedostatečná výživa z důvodu snížené chuti k jídlu.

Krátkodobý cíl:

- dnes pacientka sní alespoň 1/2 porce každého jídla
- vypije 1 balení doplňkové stravy s příchutí dle vlastního výběru

Plán ošetrovatelské péče:

- urči BMI ke stanovení, zda má pacientka normální váhu či podváhu
- zjistí potraviny, které má ráda a domluv se s rodinou, aby jí je donesly (s ohledem na to, že zatím má nemocná ordinovanou dietu kašovitou)
- spolupracuj s nutriční terapeutkou
- stravu aktivně nabízej a podpoř nemocnou v jejím úsilí
- prováděj zápisy o přijímaných potravinách
- edukuj nemocnou o nutnosti přiměřeného příjmu potravy a upozorni na možné důsledky nedostatečné výživy
- nabídni různé příchutě doplňkové stravy a dbej na to, aby ji popíjela průběžně během celého dne
- zajisti důstojné prostředí vhodné ke stravování a dbej na estetickou úpravu nabízeného jídla
- sleduj a kontroluj množství přijaté stravy, proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace a informuj lékaře

Realizace a hodnocení plánované péče:

- po změřením a zvážení pacientky jsem stanovila **BMI 17,8**
- rodina dnes nedorazila, nemohla jsem se tedy s nimi domluvit na donesení oblíbených jídel
- dnes byla domluvena schůzka s nutriční terapeutkou na zítřejší odpoledne
- domluvila jsem se s nemocnou, že se pokusí z každé porce jídla sníst alespoň polovinu
- na jídlo měla pacientka pokaždé dostatek času a umožnila jsem jí hygienu rukou. Vzhledem k tomu, že kašovitá forma stravy nevypadá příliš atraktivně, snažila jsem se o co možná nejpříjemnější úpravu každé porce a jídlo bylo vždy dostatečně teplé.
- doplňkovou stravu si vybrala nemocná s příchutí ovocnou a za dnešek vypila jedno celé balení (200ml)



- během dne snědla pacientka třetinu snídaně, k obědu polovinu polévky a třetinu hlavního jídla. K dopolední a odpolední svačince polovinu porce vanilkového pudinku a třetinu večeře. Uvádá, že se pokaždé musela do jídla dosti nutit.
- množství přijaté stravy jsem zaznamenala do dokumentace a informovala lékaře



5. Porucha tkáňové integrity z důvodu pobodání.

Krátkodobý cíl:

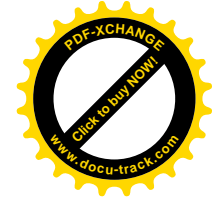
- nevzniknou komplikace hojení rány

Plán ošetrovatelské péče:

- rána je jednou denně sterilně ošetřena
- zhodnot' a dokumentuj stav rány
- jednou denně ránu převaž, sleduj případné známky komplikací
- při převazu postupuj přísně asepticky, okolí rány udržuj v čistotě

Realizace a hodnocení plánované péče:

- rána cca 3cm je na břiše na rozhraní epigastria a mesogastria sešitá dvěma stehy, čtvrtý den po operaci
- v 9. hod. ráno jsem ránu asepticky převázala a zároveň zkontrolovala její stav a případné známky komplikací
- okolí rány bylo klidné, nekrvácející, s přiměřenou čirou sekrecí bez zápachu, rána nejevila známky zánětu či jiných komplikací
- před a po převazu jsem provedla hygienu rukou a použila jsem sterilní rukavice i pomůcky
- po zbytek dne při pravidelných kontrolách obvaz neprosakoval, byl dobře fixován
- před ošetřením rány jsem pacientku informovala o následujícím postupu a při převazu jsem zachovala intimitu nemocné [Příloha č. 7]



6. Poruchy spánku z důvodu deprese.

Krátkodobý cíl:

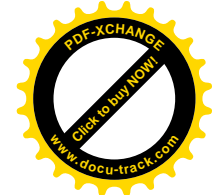
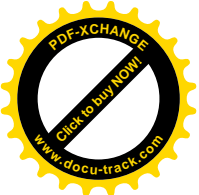
- pacientka dnes večer usne do 30 minut po uložení do lůžka
- bude spát nejméně 6 hodin bez přerušení
- nevzbudí se častěji než dvakrát za noc a po probuzení usne do 15 minut
- zítra po probuzení se bude cítit odpočinutá

Plán ošetrovateľské péče:

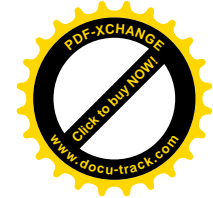
- zjisti, zda má pacientka nějaké předspánkové rituály a je-li to možné, umožni jí je provést
- zajisti, aby byl v noci na oddělení a na pokoji v rámci možností klid, rozvrhni si svoje pracovní aktivity tak, aby co nejméně rušily, ztlum hlasitost služebního telefonu
- pokoj vyvětrej, dbej na optimální teplotní podmínky, ponechej pouze noční osvětlení a nemocné vysvětlí, že z důvodu zvýšeného dohledu není možné úplně zhasnout
- zajisti, aby nemocnou neobtěžoval například hlad, žízeň, plný močový měchýř či bolest
- uprav lůžko a proved' večerní hygienu, umožni nemocné polohu pohodlnou pro spaní
- v případě potřeby podej medikaci na spaní dle ordinace lékaře a sleduj efekt, proved' záznam do dokumentace

Realizace a hodnocení plánované péče:

- při rozhovoru s pacientkou ohledně jejích spánkových návyků jsem bohužel nezjistila žádné aktivity, které by bylo možné provést pro zlepšení jejího spánku, sama uvádí, že se spaním má velké potíže a pomáhá jí jedině prášek na spaní
- před spaním byla provedena hygiena dutiny ústní a obličeje, pacientka si s dopomocí došla na WC a bylo převlečeno lůžko. Nemocná dostala čistou noční košili, protože stávající byla notně propocena.
- pacientce bylo zdůvodněno noční světlo, na což reagovala lehce podrážděně, chtěla by tmu



- nemocná ani po hodině a půl po uložení do lůžka nespala, proto byla podána medikace dle ordinace lékaře (Rivotril 2,5mg/ml 20gtt p. o.)
- podaná medikace měla pouze částečný efekt, pacientka usnula až v 1 hodinu po půlnoci a často se probouzela. Od 5 hodin ráno již nespala vůbec.
- druhý den jsem při rozhovoru zjistila, že se cítí unavená a nedostatečně odpočínutá
- průběh noci, podání i efekt medikace byl zaznamenán do dokumentace



7. Neochota ke spolupráci z důvodu chybějící motivace.

Krátkodobý cíl:

- pacientka projeví zájem o spolupráci a komunikaci
- spolupracuje při podávání medikace, při ošetrovatelských činnostech

Plán ošetrovatelské péče:

- přistupuj k nemocné empaticky, trpělivě, důstojně a bez časové tísně
- zjisti, jaký má postoj k hospitalizaci a k léčebnému procesu
- snaž se pozitivně motivovat a nemocnou získat pro spolupráci
- informace podávej tak, aby je nemocná byla schopna zpracovat
- vysvětlí přínosy užívání medikace
- každou snahu nemocné náležitě oceň a posiluj zpětnou pozitivní vazbou žádoucí chování

Realizace a hodnocení plánované péče:

- s pacientkou jsem pracovala přiměřeně jejímu tempu, snažila jsem se odhadnout její vnitřní pocity
- při podávání stravy, tekutin i při hygienické péči jsem ji vždy pochválila, když se snažila být alespoň částečně aktivní (podala mi hrnek na pití, abych jí dolila čaj)
- při podání pravidelné medikace jsem nemocné zopakovala její efekt a účinek
- na moji snahu o navázání komunikace však pacientka reagovala pouze občas, na některé dotazy neodpověděla vůbec



8. Bolest v oblasti operační rány z důvodu porušené tkáňové integrity.

Krátkodobý cíl:

- pacientka udává zlepšení tělesné pohody
- udává zmírnění nebo odstranění bolesti
- nemá neverbální příznaky bolesti
- po podání analgetika dle ordinace lékaře bolest ustoupí na použité škále bolesti alespoň o 2 stupně
- pacientka bude v noci klidně spát

Plán ošetrovatelské péče:

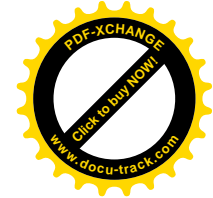
- proved' důkladné posouzení bolesti; zjistí lokalizaci, charakter, nástup a trvání, intenzitu, zhoršující faktory
- vysvětlí nemocné příčiny bolesti
- používej cílené dotazy a pozoruj neverbální projevy, kontroluj stav nemocné
- pomoz pacientce najít úlevovou polohu
- pouč o prevenci bolesti při vstávání z lůžka
- v případě nutnosti podej analgetika dle ordinace lékaře, sleduj efekt, vše zdokumentuj a informuj lékaře

Realizace a hodnocení plánované péče:

- z neverbálních projevů pacientky jsem usoudila, že má bolesti, přiznala je ovšem až na cílený dotaz
- pro posouzení intenzity bolesti byla použita škála se stupnicí 0–10, pacientka udává stupeň bolesti 4,5 [Příloha č. 9]
- udává, že ji bolí břicho v oblasti operačního zákroku hlavně při změnách polohy, jde o bolest řezavou nebo bodavou, po chvíli klidu vždy ustoupí
- poučila jsem ji o způsobu zvládnutí bolesti při změnách polohy nebo při vstávání z lůžka (komprese rány, posazování přes bok)
- informovala jsem nemocnou, že na vyžádání je možno podat analgetikum
- nabízená analgetika pacientka během dne odmítla, ale držela si ránu při otáčení, posazování i vstávání z lůžka, posazovala se přes bok
- udává, že těmito postupy se bolest zmírnila a cítí se lépe, ale zcela neustoupila



- v noci spala špatně, přerušovaně, ale dle jejího sdělení bolest nebyla hlavní příčinou



9. Beznaděj z důvodu dekompenzace psychického stavu.

Krátkodobý cíl:

- pacientka je schopna verbalizovat; vyjádřit svoje pocity
- orientuje se ve stávající situaci, akceptuje důvody hospitalizace

Plán ošetrovatelské péče:

- dej najevo svoji empatii, snaž se vytvořit nápomocný vztah a projevuj vůči nemocné respekt
- umožni jí vyjádřit jakékoliv pocity i myšlenky, poskytni jí dostatek prostoru a času, trpělivě naslouchej a dej najevo účast
- do rozhovoru nemocnou nenut', ale připomeň, že se ti může kdykoliv svěřit nebo požádat o radu
- důkladně vysvětli všechny procedury a činnosti, které je nutné provést
- položené otázky zodpověz přiměřeně stavu a situaci, ale vždy pravdivě
- zapoj nemocnou do naplňování činností v rámci kratších časových úseků, drž se metody postupných cílů
- vysvětli i opakovaně důvody hospitalizace, zdůrazni klady a přínosy jejího pobytu zde

Realizace a hodnocení plánované péče:

- nemocnou jsem ujistila, že se mi může kdykoliv svěřit se svými pocity a myšlenkami, snažila jsem se nebýt vtíravá a do rozhovoru jsem ji nenutila
- na pacientku jsem si vždy vyhradila určitý čas, kdy jsem se věnovala výhradně jí a ujistila jsem ji v tom, že současný stav není trvalý a nezvratný
- nabídla jsem nemocné, aby odpoledne sama naplánovala náplň jedné půlhodinky a navrhla jsem četbu, sledování televize, luštění křížovek. Nemocná všechny činnosti odmítla, cítila se unavená, neměla chuť cokoliv plánovat.
- za celý den se pacientka ani jednou neprojevila optimisticky, komunikovala málo, svoji situaci vidí nadále beznadějně



10. Deficit sebepéče v oblasti hygieny z důvodu nedostatečné motivace.

Krátkodobý cíl:

- dnes si pacientka sama umyje horní polovinu těla
- má pocit pohodlí a spokojenosti z tělesné čistoty
- prokáže schopnost používat pomůcky

Plán ošetrovatelské péče:

- zjistí stupeň závislosti podle Barthelova testu
- pacientku motivuj ke snaze o samostatné provádění hygieny a společně stanovte, co by dnes měla sama zvládnout
- připrav nemocné židli k umyvadlu a zároveň všechny potřebné pomůcky, zajisti doprovod do koupelny
- poskytni jí pro tuto činnost dostatek času, jednej s ní trpělivě, zachovej intimitu, zajisti vhodné teplotní podmínky v koupelně
- dohlížej na nemocnou a v případě nutnosti proved' hygienickou péči

Realizace a hodnocení plánované péče:

- byla stanovena úroveň závislosti dle Barthela s výsledným score 70 bodů [Příloha č. 10]
- společně jsme se dohodly, že si umyje horní polovinu těla a nemocná slíbila, že se o to pokusí
- doprovodila jsem ji do koupelny, kde měla již připravenou židli, hygienické potřeby, žínku, ručník a čisté prádlo
- nejprve pacientka nevěděla, jak začít a měla strach, že to nedokáže, ale nakonec tuto činnost zvládla a umyla si obličej, horní polovinu těla, vyčistila si zuby a učesala se. Odmítla použít deodorant. Na její snahu jsem reagovala pozitivní zpětnou vazbou, pochválila jsem ji.
- po zbytek dne již do koupelny nechtěla jít, před jídlem jsem jí vždy umožnila hygienu rukou v umyvadle na lůžku



3.2.2 POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA

11. Riziko zácpy v souvislosti se sníženou mobilitou a omezením využití břišních svalů.

Krátkodobý cíl:

- pacientka se vyprázdní nejpozději do 2 dnů, konzistence stolice bude v mezích normy
- nepocítuje napětí břicha, plynatost a plnost konečníku
- vypije denně alespoň 1,5 litru tekutin

Plán ošetrovatelské péče:

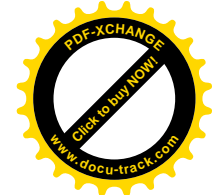
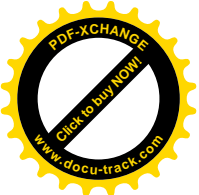
- zjistí obvyklý způsob vyprazdňování, použití projímadel a datum poslední stolice
- zhodnot' vliv současného příjmu potravy, tekutin, tělesného stavu
- proved' nácvik defekačního reflexu
- zhodnot' možné účinky léků, které nemocná užívá z hlediska ovlivňování střevní funkce
- ověř si, zda pacientka ví, které potraviny mají vliv na vyprazdňování stolice
- s ohledem na kašovitou dietu nabídne pacientce ovocné kompoty, džusy s dužninou, jogurty a zejména dbej na dostatečný příjem tekutin (alespoň 1,5 litru denně)
- aktivizuj nemocnou v rámci jejích možností a s přihlédnutím k jejímu tělesnému stavu
- dle ordinace lékaře podej změkčovačlo stolice, glycerinový čípek nebo laxativum, sleduj účinek a vše zdokumentuj
- poskytni dostatek soukromí a času při vyprazdňování, zajisti doprovod na WC
- při vyprázdnění zhodnot' barvu, konzistenci, množství a zápach stolice

Realizace a hodnocení plánované péče:

- pacientka ví, jak strava i příjem tekutin ovlivňuje vyprazdňování stolice
- přes den pacientka vypila 1600ml tekutin, snědla mimo jiné polovinu jogurtu
- během tohoto dne se nevyprázdnila, cítí se plná a cítí tlak v břiše



- další den byl ráno aplikován dle ordinace lékaře glycerinový čípek, nemocná se vyprázdnila za 40minut po jeho podání. Stolice byla tuhá, v malém množství, bez příměsí. Byl proveden záznam do dokumentace.



3.3 DLOUHODOBÝ PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Po stanovení krátkodobého ošetrovatelského plánu a jeho zhodnocení jsem stanovila plán dlouhodobý. Jeho zhodnocení jsem provedla před překladem pacientky na oddělení následné psychiatrické péče (21. den hospitalizace).

Spolupráce pacientky se během hospitalizace na našem oddělení výrazně zlepšila. Postupně se více zapojovala do léčebného procesu, většinou byla schopna krátkodobě plánovat svoje činnosti, byla o trochu aktivnější, nadále však přetrvává depresivní ladění, pacientka bývá zpomalená a trpí obavnými myšlenkami. I nyní bývá někdy více pasivní, samotnou ji trápí, že není tak výkonná, jak by si přála. Je potřeba ji aktivizovat, zadávat jednoduché úkoly a činnosti, navrhnout náplň volného času a zabránit polehávání a spaní přes den.

Akutní riziko sebevražedného jednání již pominulo, stále je ale nutné dohlížet na její stav i chování. Nadále jsou důležité kontroly nemocné zejména v ranních hodinách, kdy už nemůže spát a statisticky je to doba, kdy jsou tito pacienti sebevražedným chováním nejvíce ohroženi. Je nutné posílit její sebevědomí, stále trpí sníženým sebehodnocením.

Co se týká soběstačnosti, zvládá všechny potřebné aktivity sama, je schopna sebezpečí ve všech oblastech hodnocení dle Barthela. Poruchy vnímání ve smyslu sluchových halucinací již odezněly, pacientka je plně orientována, tři dny před překladem podepsala souhlas s hospitalizací a bylo zrušeno detenční řízení. [Příloha č. 11, 12]

Rána na břicho je zhojena per primam, pacientka plně využívá břišní svaly, je bez bolestí. Nadále je nutné sledovat příjem tekutin, občas na to zapomíná a musí se jí připomenout, aby si hlídala denní příjem minimálně dva litry. Stravu přijímá v dostatečném množství, za dobu hospitalizace u nás přibrala 3kg, současný BMI je 18,9. Bohužel stále přetrvávají problémy s vyprazdňováním stolice. Chodí maximálně dvakrát za týden, většinou po použití glycerinového čípku a stolice bývá tuhá, v malém množství, mívá bolestivou defekaci. Pravidelně užívá předepsané změkčovaadlo stolice.

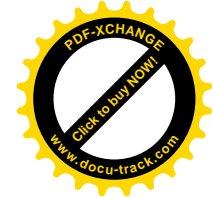


I přes jisté zlepšení spánku rovněž přetrvává ztížené usínání a časté probouzení během noci. Ráno se budí již okolo páté hodiny a dopoledne bývá unavená a ospalá.

S rodinou se stýká pravidelně, chodí ji často navštěvovat. Má mírné obavy z propustek, které ji čekají po překladu na další oddělení.

Pacientka byla přeložena na oddělení následné péče s těmito přetrvávajícími problémy:

- Porucha vyprazdňování stolice ve smyslu zácpy v souvislosti s užíváním antidepresiv
- Poruchy spánku z důvodu deprese
- Riziko deficitu tělesných tekutin z důvodu sníženého pocitu žízně
- Chronicky nízká sebeúcta v souvislosti s psychiatrickým onemocněním
- Snížená výkonnost z důvodu celkové slabosti



3.4 EDUKACE

Cílem psychoedukačního programu pro pacienty s afektivními poruchami a jejich rodiny je poskytnutí všem zúčastněným poznatky, které jim umožní:

- identifikovat daný stav a poznat jeho možné příčiny, projevy a povahu nemoci
- rozumět obvyklému průběhu stavu a uvědomovat si jeho důsledky
- rozpoznávat včasné příznaky depresivních stavů; časné varovné signály relapsu (recidivy)
- ve spolupráci s odborníky vybrat si z různých druhů terapií, včetně informací o tom, jak působí, jak jsou nákladné a jaká jsou pro a proti toho kterého druhu terapie
- znát názvy a účinky léků, které se podávají při dané poruše
- znát, resp. mít přístup k těmto informacím: dávkování; lékový režim a vedlejší účinky podávaných léků, potřeba pravidelných prohlídek a event. laboratorních vyšetření, účinek alkoholu a jiných návykových látek při současném užívání léků, dietní opatření při podávání léků
- uvědomit si význam pokračující zdravotní péče a sledování. Chápat podstatu a význam primární, sekundární a terciární péče při poruchách nálady.

Edukace o problematice deprese, podpora, rada, ujištění a naděje je u depresivních pacientů zvláště důležitá, neboť jejich pesimismus, nízká motivace, snížená životní energie a pocity sociální izolovanosti a viny je mohou dovést k tomu, že odmítnou léčbu, což v těchto případech znamená velké riziko! Řada studií uvádí, že edukace výrazně zlepšuje spolupráci pacienta. Zvláštní pozornost je nutno věnovat pacientům, kteří mají v anamnéze údaje o nespolupráci, projevují neopodstatněný negativní postoj ke zvolené léčebné metodě, budou potřebovat dlouhodobou udržovací léčbu a neporozuměli předchozím předkládaným informacím. [6, 7]



V prvních dnech hospitalizace nemocné byla edukační činnost směřována ke zvládnutí aktivit spojených se sebepéčí, k pochopení a orientaci v dané situaci. Bylo důležité informace podávat přiměřeně jejímu stavu (možnostem jejího chápání, kognitivním funkcím) a úrovni spolupráce. Instrukce a poučení potřebovala také její rodina.

V dalším období a v čase předcházejícímu propuštění se edukace pacientky i její rodiny zaměřila na výše zmíněné cíle psychoedukačního programu pro depresivní nemocné. Byla jí zdůrazněna nezbytnost pravidelných návštěv jejího ambulantního psychiatra a důsledného a pravidelného užívání předepsané medikace, včetně informací o možných nežádoucích účincích léků. Byly jí rovněž vysvětleny rizikové faktory, které mohou vést k dekompenzaci stavu a příznaky svědčící o možném relapsu onemocnění. Pozornost byla také věnována edukaci o zdravém životním stylu a pravidelné životosprávě. Při propuštění dostala s sebou dle standardu oddělení medikaci na tři dny a edukační materiál ve formě letáků. [Příloha č. 13, 14, 15]



3.5 PSYCHOLOGIE NEMOCNÉ – REAKCE NA NEMOC

Každý jedinec může situaci nemoci vnímat jako náročnou a ohrožující, a má proto i nárok na nejrůznější změny v prožívání a chování. Ne každý člověk je schopen reagovat adaptivně, tzn. přiměřenými formami chování, které vedou k přizpůsobení se nově vzniklé situaci a efektivnímu způsobu řešení nově vzniklé situace. Zdravotník by měl očekávat i špatnou a dlouhodobou adaptaci, tzv. maladaptaci. Vývojově nejstarší jsou dvě základní techniky: **agrese a únik**. Agresivně reagujeme obvykle tehdy, když prožíváme emoci vzteku, únikem při strachu. U dospělých vidíme projevy fyzické agresivity méně často, setkáváme se s nimi především u nemocných s *psychiatrickou diagnózou*. Může se jednat o přímé fyzické násilí či verbální projevy jako ironizování, znevažování nebo vyprávění vtipů na zdravotníky, ale i přehnaná, chladná a odtahitá zdvořilost. Setkáváme se i s agresí přenesenou na sebe sama – **autoagresí**. Někteří autoři klasifikují sebevraždu nebo sebevražedné chování jako extrémní formu autoagrese, v pojetí jiných je sebevražedné chování hraniční formou úniku. [10]

Paní D. Š. je hospitalizována pro duševní poruchu, proto je pochopitelně hodnocení jejího psychického stavu zvláště důležité a nezbytné.

V počátečních dnech hospitalizace bylo velmi těžké s nemocnou navázat kontakt, komunikovala minimálně, spolupráce byla rovněž dosti problematická. Trpěla sluchovými halucinacemi, což se promítalo do celkového obrazu nemocné, realitu nedokázala správně interpretovat, kognitivní funkce byly změněné. Celkově u pacientky dominuje pasivita, apatie, negativismus, anhedonie, neschopnost činit i velice jednoduchá rozhodnutí. Hodnotí sebe samu velmi negativně, je přesvědčena, že je neschopná, špatná a nepříjemná. O proběhlém sebevražedném pokusu odmítá hovořit, ani na cílené dotazy neodpovídá, patrně se zde projevuje obranný mechanismus popření. K hospitalizaci byla přijata proti své vůli; nedobrovolně (ohrožovala sama sebe), a proto bylo zahájeno tzv. detenční řízení, které má za úkol zhodnotit, zda je toto opatření v souladu se zákonem. Z tohoto vyplývá, že



postoj k hospitalizaci měla zejména na počátku velmi negativní, její smysl nechápala a důvody nedobrovolné hospitalizace bagatelizovala.

Postupně se psychický stav paní D. Š. zlepšoval, byla schopna i ochotna více komunikovat, lépe spolupracovala a dokázala přesněji popsat svoje pocity a emoční stav. Poruchy vnímání ustupují, u nemocné se objevuje částečný náhled na onemocnění i na celkovou situaci. Začíná odpovídat na otázky ohledně TS pokusu, nejprve neochotně, později ho dokáže popsat, tvrdí, že „to asi byla blbost a už to neudělá“.

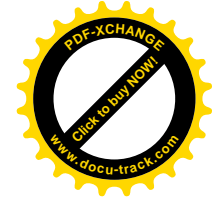
Těsně před propuštěním do domácího léčení je pacientka dokonce schopna plánovat krátkodobou budoucnost, svůj stav už nehodnotí tak beznadějně, má plný náhled a je zcela asuicidální, emočně stabilní.



3.6 SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA

Pacientka je 23 let vdaná, má jednoho syna (16let), který se učí číšníkem. Žijí ve společné domácnosti s manželem i synem ve třípokojovém bytě. Rodinné vztahy jsou uspokojivé, manžel i syn ji plně podporují a projevují zájem. Manžel nemocné je v plném invalidním důchodu, bývá často doma a v nemocnici se ji snaží navštěvovat co nejvíce. Verbalizuje snahu získat co nejpodrobnější informací o průběhu léčení i o tom, jak o pacientku pečovat po propuštění. Se vzdálenějšími příbuznými se nemocná stýkala málo odjakživa, což nehodlá ani v současnosti měnit.

Finanční situaci rodiny hodnotí pacientka neuspokojivě, zvláště nyní, kdy je již delší dobu neschopna práce. Manžel pobírá pouze invalidní důchod a je třeba myslet na to, že syn bude ještě rok v učení. Paní D. Š. je kadeřnicí a podniká na živnostenský list. Na počátku hospitalizace neměla pacientka do práce chuť, už se tímto povoláním živit nechtěla a vůbec nebyla schopna plánovat svůj další pracovní život, tuto kapitolu uzavřela tím, že stejně určitě skončí v invalidním důchodu. Nyní hovoří o tom, že se ke své profesi vrátit hodlá, ale už nechce „dělat na sebe“ a místo toho by se raději nechala někde zaměstnat na nižší úvazek. Má pocit, že větší pracovní zátěž by už nesnesla, ale zároveň má obavy z malého příjmu.

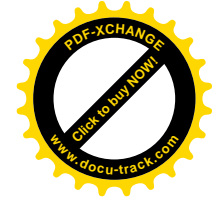
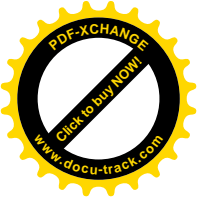


4 ZÁVĚR

V této bakalářské práci je zpracována případová studie ošetrovatelské péče o pacientku, která byla hospitalizována na oddělení akutní psychiatrické péče po sebevražedném pokusu v rámci depresivního onemocnění.

V prvních dnech hospitalizace nemocné na našem oddělení, která trvala 20 dní, byl zvláště důležitý zvýšený dohled na stav pacientky z důvodu vysokého rizika suicidálního jednání. Dále byly stanoveny další ošetrovatelské problémy, které bylo třeba řešit a plán krátkodobé i dlouhodobé péče. Pro stanovení těchto ošetrovatelských problémů byla použita metodika ošetrovatelského procesu a konkrétně „Model fungujícího zdraví“ M. Gordonové.

Některé z krátkodobých plánů a cílů se podařilo splnit, některé jen částečně a před přeložením nemocné na oddělení následné psychiatrické péče byly stanoveny ošetrovatelské problémy, s kterými bylo nutné dále pracovat. Do domácího léčení byla pacientka propuštěna po 58 dnech hospitalizace v dobrém tělesném i psychickém stavu.



SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

1. Anders, M., Čerstvá epidemiologická data varují. Lékařské listy, 2006, roč. 55, č.1, s.14–15.
2. Fišar, Z., Jiráček, R. Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie. 1.vydání. Praha: GRADA, 2001. 316s. ISBN 80-247-0061-1.
3. Honzák, R. Deprese. Depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci. 1.vydání. Praha: Galén, 1999. 111s. ISBN 80-85824-95-7.
4. Höschl, C. Psychiatrie pro praktické lékaře. 1. vydání. Jinočany: Nakladatelství H&H, 1996. 424s. ISBN 80-85-787-96-2.
5. Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. Psychiatrie. 1. vydání. Praha: TIGIS, 2002. 895s. ISBN 80-900130-1-5.
6. Janosiková, E.H., Daviesová, J.L. Psychiatrická ošetrovatel'ská starostlivosť. 1. slovenské vydání. Martin: Osveta, 1999. ISBN 80-8063-017-8.
7. Kebza, V., Paclt, I. Strukturovaný vyšetřovací a intervenční postup depresivních poruch v primární péči: detekce, diagnóza a léčba. 1. vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 1999. ISBN 80-7071-126-4.
8. Kolektiv autorů. Medical Tribune Pharmindex Breviř 2007, 1. vydání. Praha: Medical Tribune CZ, s.r.o., 2007. ISBN 978-80-87135-02-0.
9. Kolektiv autorů. Výkladový ošetrovatelský slovník. 1. české vydání. Praha: GRADA, 2007. 568s. ISBN 978-80-247-2240-5.
10. Kolektiv autorů. Základy ošetrování nemocných. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0845-6.



11. Marková, E., Venglářová, M., Babiaková, M. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: GRADA, 2006. 352s. ISBN 80-247-1151-6.
12. Mourek, J. Fyziologie. Učebnice pro studenty zdravotnických oborů. 1.vydání. Praha: GRADA, 2005. 204s. ISBN 80-247-1190-7.
13. Pavlíková, S. Modely ošetrovatelství v kostce. 1. vydání. Praha: GRADA, 2006. 152s. ISBN 80-247-1211-3.
14. Praško, J. Suicidální pacient a terapeutické intervence. Psychiatrie, 2008, roč.12, č.1, s. 43–50.
15. Praško, J. a kol. Psychiatrie. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2003. ISBN 80-7333-002-4.
16. Praško, J., Prašková, H., Prašková, J. Deprese a jak ji zvládat. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 184s. ISBN 80-7178-809-0.
17. Raboch, J., Pavlovský, P., Janotová, D. Psychiatrie – minimum pro praxi. 4. rozšířené vydání. Praha: TRITON, 2006. ISBN 80-7254-746-1.
18. Rahn, E., Mahnkopf, A. Psychiatrie. Učebnice pro studium i praxi. 1.vydání. Praha: GRADA, 2000. 468s. ISBN 80-7169-964-0.
19. Seifertová, D. a kol. Postupy v léčbě psychických poruch. 2. revidované vydání. Praha: AMEPRA, 2008. 615s. ISBN 80-86694-07-0.
20. Smolík, P. Duševní a behaviorální poruchy. 2. revidované vydání. Praha: MAXDORF s.r.o., 2002. ISBN 80-85912-18-X.
21. Zvolský, P. a kol. Speciální psychiatrie. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-203-6.



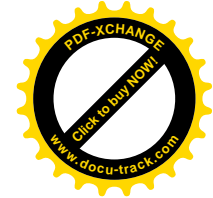
Další zdroje:

22. Chorobopis a dekurz pacientky.



SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK:

CNS –	centrální nervová soustava
GABA –	kyselina gamaamino máselná
TS –	tentamen suicidii; sebevražedný pokus
NO –	nynější onemocnění
SPP –	přítomný stav psychický
SPS –	přítomný stav somatický
EKG –	elektrokardiografie
EEG –	elektroencefalografie
CT –	počítačová tomografie
MR –	magnetická rezonance
PET –	pozitronová emisní tomografie
SPECT –	jednofotonová emisní tomografie
MRS –	magnetická rezonanční spektroskopie
SSRI, SARI, NARI, DARI, SNRI, DNRI –	inhibitory zpětného vychytávání monoaminů
MAO, RIMA –	inhibitory monoaminoxidáz
PST –	psychoterapie
ECT –	elektrokonvulzivní terapie
RA –	rodinná anamnéza
OA –	osobní anamnéza
AA –	alergická anamnéza
GA –	gynekologická anamnéza
PID –	plný invalidní důchod
ŘP –	řidičský průkaz
St. p. –	status post; stav po
PZP –	pokoj zvýšené péče
PN –	průkaz práce neschopných
TK –	tlak krve
P –	pulz
TT –	tělesná teplota



D –	dechová frekvence
min. –	minuta, minuty
g/l –	gram/litr
mmol/l –	milimol/litr
FW –	sedimentace krve
mm/hod –	milimetr/hodina
RZS –	rychlá záchranná služba
PMK –	permanentní močový katétr
PŽK –	periferní žilní kanyla
por. tbl. flm. –	potahovaná tableta
inj. –	injekce
plv. –	prášek
sol. –	roztok
IS –	indikační skupina
NÚ –	nežádoucí účinek
g –	gram
mg –	miligram
ml –	mililitr
gtt –	kapky
por. tbl. dis. –	tablety dispergovatelné v ústech
inf. –	infúze
hod. –	hodina
BMI –	body mass index



SEZNAM PŘÍLOH:

Příloha č. 1:	Souhlas etické komise s vypracováním případové studie
Příloha č. 2:	Obrázek chemické synapse
Příloha č. 3:	Ukázky ECT
Příloha č. 4.a,b,c:	Ošetřovatelská anamnéza; anamnestický dotazník
Příloha č. 5.a,b,c,d:	Ošetřovatelský plán
Příloha č. 6:	Záznam o ošetřovatelské péči
Příloha č. 7:	Charakteristika a ošetření rány
Příloha č. 8:	Ošetřovatelská překladová zpráva
Příloha č. 9:	Vizuální škála bolesti
Příloha č. 10:	Barthelův test základních všedních činností
Příloha č. 11:	Oznámení soudu o nedobrovolné hospitalizaci
Příloha č. 12:	Zrušení nedobrovolné hospitalizace
Příloha č. 13a,b:	Edukační leták I.
Příloha č. 14a,b:	Edukační leták II.
Příloha č. 15a,b:	Edukační leták III.

Etická komise

ekomise@plbohnice.cz

Psychiatrická léčebna Bohnice
státní příspěvková organizace
IČO: 00064220 DIČ: CZ00064220
181 02 Praha 8, Ústavní 91
ředitel organizace: MUDr. Martin Holý



Martina Končická, odd. 27
Psychiatrická léčebna Bohnice
181 02 Praha 8, Ústavní 91

Naše značka: 1 /2009

Vyřizuje/linka: 420284016141 V Praze dne , 23.února 2009

Žádost o vyjádření k realizaci případové studie v rámci bakalářské práce

Etická komise PL Bohnice vyslovila **souhlas** k realizaci případové studie klientky PLB, v rámci bakalářské práce s názvem: „**Ošetrovatelský; proces u pacientky s dg. Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky.**“

(„Obsahem práce je klinická část, která pojednává o teorii onemocnění deprese a ošetrovatelská část, kde je prezentována kazuistika pacientky, jsou stanoveny ošetrovatelské diagnózy a stanoven krátkodobý a dlouhodobý plán ošetrovatelské péče. V bakalářské práci nebude použito žádných osobních dat, ze kterých by bylo možno klientku identifikovat. V současné době tato pacientka již není klientkou PLB. V práci bude jako příloha použita ošetrovatelská dokumentace užívaná v PLB.“)

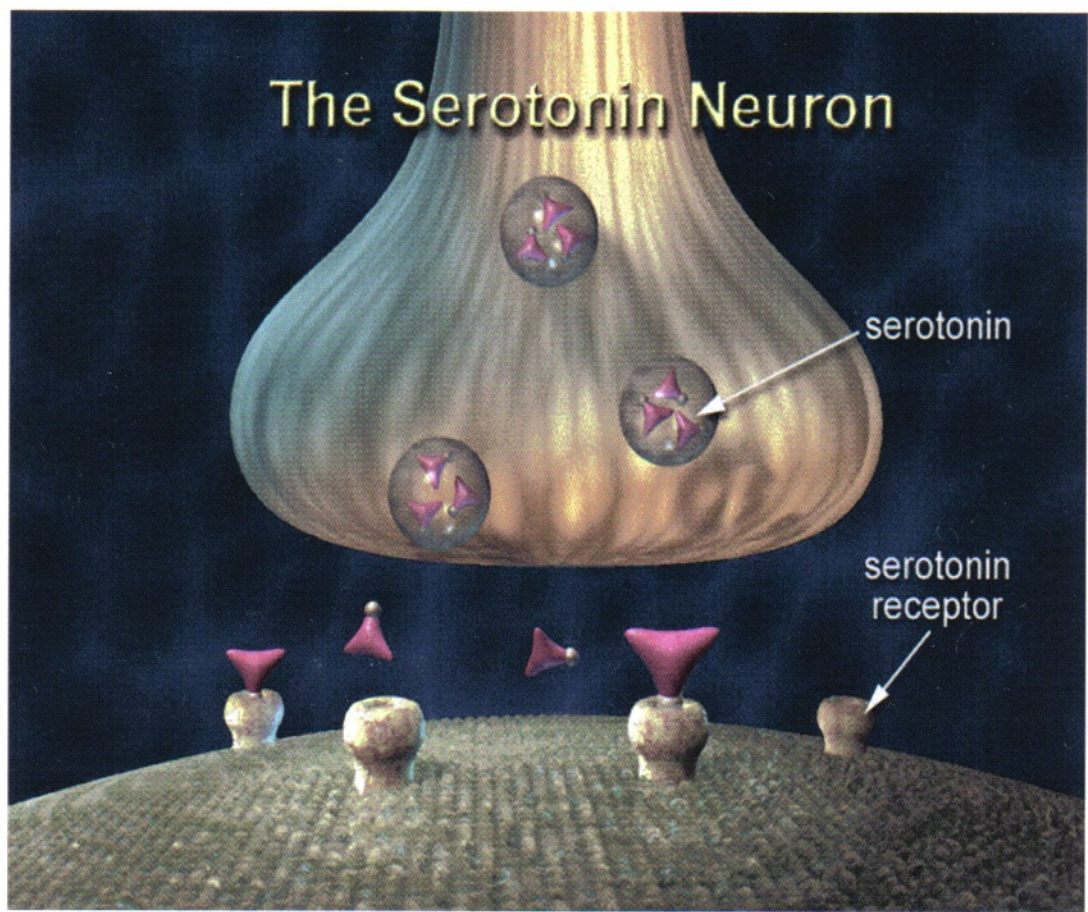
MUDr. Richard Krombholz
Předseda etické komise PL Bohnice

Mgr. Jan Pomykacz y.z.
tajemník etické komise

Psychiatrická léčebna Bohnice
Etická komise
Ústavní 91, 181 02 Praha 8,
Tel.: 28 4016141
e-mail: eticka.komise@plbohnice.cz,
www.plbohnice.cz

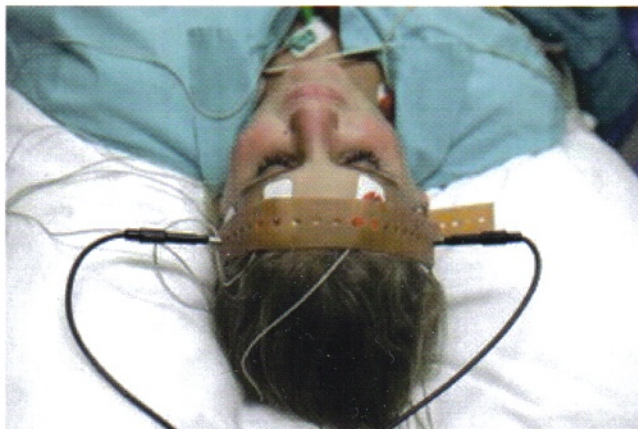
tel. + 420 725867810, fax, + 420 284016595
pomykacz@plbohnice.cz, www.plbohnice.cz

CHEMICKÁ SYNAPSE; serotoninové receptory



www.rise.duke.edu

ECT



Obr. č. 1.: www.shockmd.com



Obr. č. 2.: www.phineasgale.wordpress.com



Obr. č. 3., 4.: www.humanillnesses.com

Datum přijetí: 21. 11. 2007

Stanice: 27

PŘEHLED SOMATICKÝCH, PSYCHICKÝCH A SOCIÁLNÍCH CHARAKTERISTIK OSOBNOSTI

~~problematika závislosti~~D. S. 1961
F32.3
šittek

Typ závislosti:

A

T opiáty budivé látky (pervitin, kokain aj)
halucinogeny těkavé látky

G

Ostatní diagnózy:

OŠETŘUJÍCÍ SESTRA

SZP M. KONČICKÁ

Postoje k léčbě NEDOBROVOLNÝ VSTUP

TLF (rodina) XXX

Způsobilst k právním úkonům

bez omezení

omezení

zbaven

Jméno opatrovníka:

Kontakt:

Řidičský průkaz: má nemá odebrán

Prodělané hepatitidy: A B C

Zbrojní pas: má nemá odebrán

TAT: kdy

Alergie: 0

Užívané léky:

Poslední užití psychoaktivní látky:

Odvykací léčba: první opakovaná

SLEDOVANÉ CHARAKTERISTIKY

I. SOMATICKÉ

srdeční činnost	bez obtíží	obtíže: jaké
dýchání	bez obtíží	obtíže: jaké
příjem potravy	dieta č. 1	soběstačný zubní protéza kachechtický obtíže: jaké SNÍŽENÁ CHUŤ K JÍDLU
hydratace	dostatečná	nedostatečná nadměrný příjem
vylučování	kontinentní močení stolice	inkontinentní bez obtíží pravidelná, interval: nepravidelná na WC dojde sám nutno vodit
kůže	čistá	defektiv: jaké podl. mísa plankové kalhotky
postižení smyslů	nezjištěno	zjištěno, jaké: NA BLÍŽE OP. RÁNA (BODNA) - 2 STEHY, STERILNÍ KRYTÍ

nutná pomoc

porucha polykání

obézní

nadměrný příjem

permanentní katetr

obtíže: jaké

průjem obstitpace laxativa

podl. mísa plankové kalhotky

NA BLÍŽE OP. RÁNA (BODNA) - 2 STEHY,

STERILNÍ KRYTÍ

mobilita	chodí samostatně hůl, berle	chodí s pomocí protéza	ležící
spánek	bez poruchy narušený	obvyklé časové rozmezí spánku od – do jak: ZHORŠENÉ VÍKANI, ČASTÉ BUZENÍ SE,	PŘEDČASNÉ PROBOUZENÍ
bolest	neudává	udává, lokalizace: PŘI ZMĚNĚ POLOHY BŘICHO	
sexualita	sexuální vztahy: antikoncepce menstruace	HEPEROSEXUÁLNÍ, VDANA žádná pravidelná	ano, jaká: nepravidelná bolestivá SILNÁ
2. PSYCHICKÉ			
vědomí	jasné	zastřené	somnolence sopor
orientace	správná: místem	časem	osobou situaci NE ZCELA PŘESNĚ
	orientace na oddělení:	ano	ne
kognitivní funkce	paměť neporušená	špatně si vybavuje	konfabulace
	mentální retardace	demence	organicita
vnímání	porucha nezjištěna	zjištěna, jaká: PRÁVĚPODOBNĚ SLUCHOVÉ HALUCINACE	
myšlení	porucha nezjištěna	zjištěna, jaká ZPOMALENÉ, CHUDÉ	
řeč	porucha nezjištěna	zjištěna, jaká TÍCHA, POMALÁ	
chování	bez nápadností	jiné: NEGATIVISTICKÁ, SLOW PACE NEDOSTATEČNÁ	
emoce	DEPRESIVNÍ		
charakter komunikace	KONTAKT SŤMA NENAVAZUJE, ODPOVÍDÁ S LATENCÍ, POMALU, NENAVÁŽE IČNÍ KONTAKT		
náhled choroby	úplný	částečný	žádný dissimulace
rizika	TS		
3. SOCIÁLNÍ			
sebeobsluha	plně soběstačný	nutná pomoc, jaká: POPROVOD PŘI CHŮZI, PŘÍPRAVA POTŮCEK, JÍDLA, TEKUTIN K VŮZKŮ	
osobní hygiena	plně soběstačný potřebuje pomoc, jakou	hygienické potřeby má	nemá PŘÍPRAVA POTŮCEK, VSEDE, POD DOHLÉDEM

zaměstnání: PRANIKA' VE SLUŽBÁCH	PN vystavena ano <u>ne</u>
student nezaměstnaný evidován na ÚP	
důchod částečný	
plný	Indikace: psychiatrická protitoxická protialkoholní
ekonomické možnosti a bydlení S RODINOU ŽIJE V BYTĚ 3+1, MANŽEL JE V PID, SYN (16) SE UČÍ ČIŠNÍKEM	
léčebná dohoda: plán léčby dle pacienta: plán léčby dle terapeut. týmu: žádost o TK odeslána: ano ne kam: termín nástupu: doléčování: AT ordinace (kontakt) Svépomocné organizace (jaké)	
sociální zázemí a vztahy: postoje příbuzných k léčbě: SOUHLASÍ nejbližší osoba: MANŽEL kdo má být informován o stavu a situaci: MANŽEL koho informovat nemáme: ✓ důležité osoby: MANŽEL, SYN	
Vzdělání: SOU	Původní profese: KADEŘNICE
zájmy a jejich využití: VŠEOBECNÉ v PLB: ✓ v chráněných podmínkách: ✓ doma: V POSLEDNÍ DOBĚ NIC	
náboženství: NYNÍ "POUZE SATAN"	
plány do budoucna: MOMENTÁLNĚ NEMÁ	
vyjádření sociální pracovnice:	
VYPRACOVAL: SZP M. KONČICKÁ fmrůcha	Datum: 23. 11. 07
Četl lékař:	Staniční sestra:

Datum	AKTUALNÍ PROBLÉM PACIENTA	CÍL OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE /krátkodobý, dlouhodobý/	OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN	HODNOCENÍ	SZP	lékař
1. 23.11. 07	RIZIKO SEBEVRAŽDY; NÁSILÍ VŮČI SOBĚ V SOUVISLOSTI S PŘED- CHOZÍMI POKUSY	PACIENTKA NEODHAŽUJE SAMA SERŽE. UVĚDOMUJE SI DŮVODY SVÉHO CHOVA- NÍ, KONTROLUJE SVÉ IMPULSY.	- POKOJ ZVÝŠENÉ PÉČE - ZAJISTIT NEPŘETRŽITÝ DOHLED - ODSTRANĚNÍ NEBEZPEČNÝCH PŘEDMĚTŮ - DOHLÍŽET NA UŽÍVÁNÍ LEKŮ	- PAC. BYLA ULOŽENA NA PZP, PROVEDENA KONTROLA VĚCI (ODSTRANĚNÍ OPASEK Z ŽUPANU) - BYL ZAJIŠTĚN PERMANENTNÍ DOHLED - RIZIKO NÁSILÍ VŮČI SOBĚ BYLO MINIMALIZOVANO	Krůček / SZP M. KONČICKÁ	
2. 23.11. 07	PORUCHA VNÍMÁNÍ, Z DŮVODU SLUCHOVÝCH HALUCINACÍ	PAC. ZACHOVÁVÁ ORIENTACI NA REALITU, JE ORIENTOVÁNA MÍSTEM, ČASEM A OSBOU. VNÍMÁ REALNĚ SEBE A SVÉ OKOLÍ.	- ZJISTIT PŘÍTOMNOST A FORMU HALUCINACÍ - HALUCINACE NEPOTURČUJÍ ANI NEVYVRAČEJ - PODÁVET JASNÉ, JEDNO- DUCHÉ INFORMACE - V PŘÍPADĚ TENZE ČI ÚZKOSTI PODEJ MEDIKACI DLE ORDINACE	- Z CHOVÁNÍ PACIENTKY JSOU PATRNĚ SLUCHOVÉ HALUCINACE BEZ ZJEVNÝCH PŘÍČIN (VYVOLAVÁJÍCÍHO FAKTORU) - JE NEDŮVĚŘIVÁ	Krůček / SZP M. KONČICKÁ	
3. 23.11. 07	DEFICIT TĚLESNÝCH TEKUTIN Z DŮVODU NEDOSTATEČNÉHO PŘÍJMU	OD 7 - 19 ROD. PŘIJME NEMOCNÁ SAMTA ALESPŮ 1,5 LITRU TEKUTIN	- EDUKACE O NEZBYTNOSTI DOSTA- TEČNÉ HYDRATACE - NABÍDNOUT RŮZNÉ NÁPOJE - SLEDUJ STAV KŮŽE, SLIZNICE A JAZYKA - PŘÍPRAVU TEKUTIN NA DO- SAH A AKTIVNĚ JE NABÍZEJ - SLEDUJ MNOŽSTVÍ PŘIJATÝCH TEKUTIN; PROVED ZÁZNAM	- DO 19 RODIN NEMOCNÁ VYPILA SAMTA 1600 ML OVOCNÉHO SLAD- NÉHO ČAJE, KTERÝ SI SAMTA VYBRALA	Krůček / SZP M. KONČICKÁ	

Datum	PROBLÉM PACIENTA	CÍL OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE /krátkodobý, dlouhodobý/	OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN	HODNOCENÍ	SZP	lékař
4. 23.11. 07	PORUŠENÁ; NEDOSTATEČNÁ VÝŽIVA Z DŮVODU SNÍŽENÉ CHUTI K JÍDLU	DNES PACIENTKA SNÍ ALESPOŇ PŮLOVINU PORCE Z KAŽDÉHO JÍDLA. VYPIJE 1 BALENÍ DOPLNĚKOVÉ STRAVY.	<ul style="list-style-type: none"> - URČÍ BMI, EDUKUJ O RACIONÁLNÍ STRAVĚ - ZAJISTÍ OBLÍBENÉ POTRAVINY - SPOLUPRACUJ S NUTRIČNÍ TERAPEUTKOU - AKTIVNĚ STRAVU NABÍZED, DÍJEJ NA ÚPRAVU, TEPLOTU JÍDLA - SLEDUJ A KONTROLUJ MNOŽSTVÍ PŘÍJATE STRAVY, PROVED ZAZNAM 	<ul style="list-style-type: none"> - URČEN BMI 17,8 (PODVAHA) - DOTLUVENA SCHŮZKA S NUTRIČNÍ TERAP. NA ZITRA - PAC. VYPILA 1 BALENÍ DOPLNĚKOVÉ STRAVY S OVOCNOU PŘÍCHUTÍ - SNĚDLA 1/3 SNÍDANE, 1/2 POLEVKY, 1/2 HLAVNÍHO JÍDLA, 1/3 VEČEŘE, KE SVAČINAM 1/2 PORCI. 	kněcha!	SZP M. KONČICKÁ
5. 23.11.	PORUCHA TRÁVNÍKOVÉ INTEGRITY Z DŮVODU POBODÁNÍ	NEVZNIKLOU KOMPLIKACE HOJENÍ RAN	<ul style="list-style-type: none"> - RÁNA JE 1x denně STERILNĚ OŠETŘENA - ZHODNOT, ZDOKUMENTUJ STAV RAN, SLEDUJ PŘÍPADNĚ ZNAMKY KOMPLIKACÍ - PŘI PŘEVÁZU DÍJEJ NA ASEPTICKÝ POSTUP 	<ul style="list-style-type: none"> - RÁNA NA BRÍŠE 3cm, SEŠITA 2STĚHY, 4. DEN PO OPERACI. - OKOLÍ KLIDNĚ, PŘÍHEŘENÁ, ČIRA, SEKRECE - V 9⁰⁰ hod. PROVEDEN PŘEVÁZ, RÁNA JE BEZ ZNAMEK KOMPL. KACÍ. 	kněcha!	SZP M. KONČICKÁ
6. 23.11.	PORUCHY SPÁNKU Z DŮVODU DEPRESE	PAC. USNE DO 30min. PO ULOŽENÍ DO LŮŽKA. BUDE SPÁT NEJMÉNĚ 6 HODIN BEZ PŘERUŠENÍ. NEVZBUDÍ SE ČASTĚJI NEŽ DVAKRÁT ZA NOC.	<ul style="list-style-type: none"> - ZAJISTÍ VÍKONNÉ PODMÍNKY PRO KLIDNÝ SPÁNEK - ZAJISTÍ TĚLESNÉ POTŘEBY; ZMÍRNĚNÍ BOLESTI - ÚPRAV LŮŽKO, PROVED HYGIEN NU, ULOŽENÍ POTRODINOU POLOTV - V PŘÍPADĚ NUTNOSTI PODEJ MEDIKACI DLE ORDINACE, SLEDUJ EFEKT, PROVED ZAZNAM 	<ul style="list-style-type: none"> - PAC. NESPALA ANI PO HODINĚ A PŮL PO ULOŽENÍ DO LŮŽKA - BYLA PODÁNA MEDIKACE DLE ORD. S DRAHÝM EFEKTEM - SPALA OD 1⁰⁰ - 5⁰⁰ HODIN PŘERUŠOVANĚ - DALŠÍ DEN NEBYLA ODPOČINUTA 	kněcha!	SZP M. KONČICKÁ

Datum	PROBLÉM PACIENTA	CÍL OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE /krátkodobý, dlouhodobý/	OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN	HODNOCENÍ	SZP	lékař
7. 23.11.	NEOCHOTA KE SPOLUPRÁCI Z DŮVODU VYBEŽÍCÍ MOTIVACE	PACIENTKA PROJEVÍ ZÁJEM O SPOLUPRÁCI A KOMUNIKACI. SPOLUPRACUJE PŘI OŠETŘO- VATELSKÝCH ČINNOSTECH, PŘI PODÁVÁNÍ MEDIKACE.	- PŘÍSTUPUJ EMPATICKY A TRPĚLIVĚ - PACIENTKU POZITIVNĚ MOTIVUJ - ZJISTI POSTUP K HOSPITALIZACI A LÉČEBNĚMU PROCESU - SNAHU OCENĚ A POCHVAL	- PAC. KOMUNIKOVALA JEN OBČAS - PŘI SNAZE JSEM JI POCHVALILA (PODALA MI HRNEK, ABYCH DOLILA ČAJ) - PRACOVALA JSEM SNÍ PŘIMĚŘENĚ RYCHLE JEJÍHU TEMPU	kněží SZP M. KONČICKÁ	
8. 23.11.	BOLEST V OBLASTI OPERAČ- NÍ RÁNY Z DŮVODU, PORUŠENÍ TRÁŇOVÉ INTEGRITY	PAC. UDAVA ZHÍRNĚNÍ ČI ODSTRANĚNÍ BOLESTI. UDAVA ZLEPŠENÍ TĚLESNÉ POKYDY. PO PODÁNÍ MEDIKACE BOLEST USTOUPÍ NA POUŽITÍ SKLÍPE ALESPOŇ O 2 STUPNĚ. - V NOCI PACIENTKA KLIDNĚ SPÍ.	- PROVED POSOUZENÍ BOLESTI - POKUŠ NASTAVIT ULEVNOVOU POLOHU - POUČ O TECHNIKE VSTÁVÁNÍ Z LŮŽKA - V PŘÍPADĚ NUTNOSTI PODEJ ANALGETIKA DLE ORDINACE, SLEDUJ EFEKT, PROVED ZÁZNAM - U PACIENTKY SLEDUJ NE- VERBÁLNÍ PROJEVY BOLESTI	- PAC. PŘIZNALA BOLEST AŽ NA CÍLENÝ DOTAZ - BYLA POUŽITA VIZUÁ- LNÍ ŠKALA BOLESTI - ANALGETIKA ODMÍTLA - SNAŽILA SE DODRŽO- VAT TECHNIKU KOMPRE- SE RÁNY, POSAZOVÁNÍ PŘES BOK PŘI VSTÁVÁNÍ Z LŮŽKA A UDAVA ZHÍRNĚNÍ BOLESTI AŽ O 1 STUPEN	kněží SZP M. KONČICKÁ	
9. 23.11.	BEZNADĚJ Z DŮVODU DEKOMPENZACE PSYCHICKÉHO STAVU	PACIENTKA JE SCHOPNA VERBALIZOVAT SVOJE POCITY. ORIENTUJE SE VE STÁVAJÍCÍ SITUACI, AKCEPTUJE DŮVODY HOSPITALIZACE	- DEJ NADĚVO EMPATII, RESPEKT - POSKYTNÍ DOSTATEK ČASU - NABÍDNÍ ROHOVOR, ALE DO ROZHOVORU NENUT - ODPOVÍDEJ NA OTÁZKY PŘIMĚŘENĚ STAVU, ALE PRAVDIVĚ	- PACIENTKU JSEM UJISTILA, ŽE SE MI MŮŽE KOKOLIV SVĚŘIT - VYHRADILA JSEM SI ČAS JEN PRO NI - NABÍDNUTE AKTIVITY ALE ODMÍTLA, ŽA CELÝ DEN SE NEVRODJE VILA OPTIMISTICKY	kněží SZP M. KONČICKÁ	

Datum	PROBLÉM PACIENTA	CÍL OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE /krátkodobý, dlouhodobý/	OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN	HODNOCENÍ	SZP	lékař
10. 23.11.	DEFICIT SEBEPEČE V OBLASTI HYGIENY Z DŮVODU NEDOSTATEČNÉ MOTIVACE	DNES SI PACIENTKA SAMTA UMYJE HORNÍ POLOVINU TĚLA.	<ul style="list-style-type: none"> - ZJISTI STUPĚŇ ZÁVISLOSTI DLE BARTHELA - PACIENTKU MOTIVUJ A SPOLEČNĚ STANOVTE, CO BY MĚLA SAMTA ZVLÁDNOUT - PŘIPRAV VEŠKERÉ POMŮCKY ZAJISTI DOPROVOD DO KOUPELNY A DOHLÉD - ZAJISTI SOUKROMÍ, TEPLO V KOUPELNĚ 	<ul style="list-style-type: none"> - BYLA STANOVENA ÚROVEŇ ZÁVISLOSTI DLE BARTHELA - S DOPROVODEM A POD DOHLÉDEM SI SAMTA VSEDĚ UMYLA HORNÍ POLOVINU TĚLA - PO ZBYTEK DNE UŽ DO KOUPELNY NECHTELA JÍT 	kněžíř M. KONČICKÁ	
11. 23.11.	POTENCIÁLNÍ PROBLÉM RIZIKO ZÁCPY V SOUVIS- LOSTI SE SNÍŽENOU MOBILITOU A OMEZENÍM VYUŽITÍ BŘIŠNÍCH SVALŮ	PACIENTKA SE VYPRÁZDNÍ NEPOZDĚJI DO DVOU DNŮ, KONZISTENCE STOLICE BUDE V MEZÍCH NORMY.	<ul style="list-style-type: none"> - ZJISTI OBVYKLÝ ZPŮSOB VYPRÁZDNĚNÍ, UŽÍVÁNÍ LAXATIV A DATUM POSLEDNÍ STOLICE - NABÍDNÍ (VZHLÉDEM K MOMENTÁLNĚ KAŠOVITÉ DIETĚ) KOMPOTY, DŽUSY, ZAKYSANÉ VÝROBKY, DBEJ NA DOSTATEČNÝ PŘÍJEM TEKUTIN - DLE MOŽNOSTI PACIENTKU AKTIVIZUJ - POSKYTNÍ JÍ DOSTATEK ČASU A SOUKROMÍ PŘI VYPRÁZDNĚNÍ - PŘÍPADNĚ PODEJ DLE ORDINACE ZMĚKČOVADLO STOLICE, LAXATIVUM ČI GLYCERINOVÝ ČÍPEK, SLEDUJ ÚČINEK, VŠE ZDOKUMENTUJ 	<ul style="list-style-type: none"> - DNES SE PACIENTKA NEVYPRÁZDNILA - CÍTI SE PLNÁ A TLAK V BŘÍŠE - POSLEDNÍ STOLICE NELZE ZJISTIT, ZDE JEŠTĚ NEBYLA (3. den) - DALŠÍ DEN SE PO PODÁNÍ GLYCERIN. ČÍPKU VYPRÁZDNILA, STOLICE BYLA RŮŽA, V MALÉM MNOŽSTVÍ, BEZ PATOLOGICKÝCH PŘÍMĚSÍ 	kněžíř M. KONČICKÁ	



ZÁZNAM O OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI

list č.

Příjmení:

Jméno:

Titul:

Oddělení: 27

r.č.:

oš.č.:

VÝŽIVA	KRMENÍ/A	ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input checked="" type="checkbox"/>	KRMENÍ/A SONDOU										ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input checked="" type="checkbox"/>	CELKEM DENNÍ	NOČNÍ										CELKEM NOČNÍ	CELKEM za 24 hod.			
	DENNÍ																		NOČNÍ																
	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1		2	3	4	5	6										
	TEKUTINY PER OS	100	100	120	200	100	150	100	100	200	140	120	120	1600	100	100	100								100	400	2000								
TEKUTINY I.V. (INFUZE)																																			
VYLUČOVÁNÍ	CÉVKOVÁNÍ JEDNORÁZOVÉ (ml)	STOLICE										ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input checked="" type="checkbox"/>	VZHLED:	NOČNÍ										CELKEM NOČNÍ	CELKEM za 24 hod.							
	DENNÍ																		NOČNÍ																
	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6											
	INKONTINENČNÍ POMŮCKY																																		
VÝDEJ PMK (ml)																																			
OSOBNÍ HYGIENA	CELKOVÁ KOUPEL	ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input checked="" type="checkbox"/>	HYGIENA DUTINY ÚSTNÍ										ANO	<input checked="" type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>	STŘIHÁNÍ NEHTŮ, VLASŮ										ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input checked="" type="checkbox"/>	podpis sestry: Knička	
	OŠETŘENÍ KŮŽE	ANO	<input checked="" type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>	PÉČE O OČI, UŠI, NOS										ANO	<input checked="" type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>																
																											denní		noční						
VÝŽIVA	KRMENÍ/A	ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>	KRMENÍ/A SONDOU										ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>	CELKEM DENNÍ	NOČNÍ										CELKEM NOČNÍ	CELKEM za 24 hod.			
	DENNÍ																		NOČNÍ																
	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1		2	3	4	5	6										
	TEKUTINY PER OS																																		
TEKUTINY I.V. (INFUZE)																																			
VYLUČOVÁNÍ	CÉVKOVÁNÍ JEDNORÁZOVÉ (ml)	STOLICE										ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>	VZHLED:	NOČNÍ										CELKEM NOČNÍ	CELKEM za 24 hod.							
	DENNÍ																		NOČNÍ																
	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6											
	INKONTINENČNÍ POMŮCKY																																		
VÝDEJ PMK (ml)																																			
OSOBNÍ HYGIENA	CELKOVÁ KOUPEL	ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>	HYGIENA DUTINY ÚSTNÍ										ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>	STŘIHÁNÍ NEHTŮ, VLASŮ										ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>	podpis sestry:	
	OŠETŘENÍ KŮŽE	ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>	PÉČE O OČI, UŠI, NOS										ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>																
																											denní		noční						
VÝŽIVA	KRMENÍ/A	ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>	KRMENÍ/A SONDOU										ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>	CELKEM DENNÍ	NOČNÍ										CELKEM NOČNÍ	CELKEM za 24 hod.			
	DENNÍ																		NOČNÍ																
	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1		2	3	4	5	6										
	TEKUTINY PER OS																																		
TEKUTINY I.V. (INFUZE)																																			
VYLUČOVÁNÍ	CÉVKOVÁNÍ JEDNORÁZOVÉ (ml)	STOLICE										ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>	VZHLED:	NOČNÍ										CELKEM NOČNÍ	CELKEM za 24 hod.							
	DENNÍ																		NOČNÍ																
	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6											
	INKONTINENČNÍ POMŮCKY																																		
VÝDEJ PMK (ml)																																			
OSOBNÍ HYGIENA	CELKOVÁ KOUPEL	ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>	HYGIENA DUTINY ÚSTNÍ										ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>	STŘIHÁNÍ NEHTŮ, VLASŮ										ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>	podpis sestry:	
	OŠETŘENÍ KŮŽE	ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>	PÉČE O OČI, UŠI, NOS										ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>																
																											denní		noční						

PŘÍJMENÍ: D.Š.
 JMÉNO:
 OŠ. Č.:

CHARAKTERISTIKA A OŠETŘENÍ RÁNY

list č.: 1



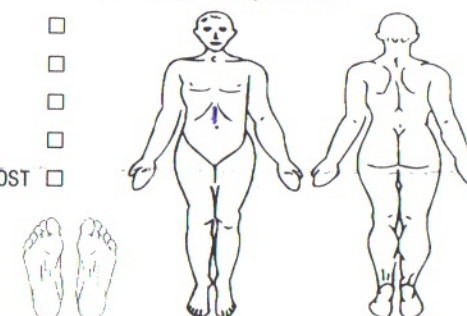
HODNOTÍCÍ ŠKÁLA NORTONOVÉ					Nebezpečí vzniku dekubitů při 25 bodech a méně								
Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každá další onemocnění dle odp. stupně	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	Součet				
úplná	4 < 10	4 normální	4 žádná	4 dobrý	4 dobrý	4 chodí	4 úplná	4 není	4				
malá	3 < 30	3 alergie	3 diabetes, teplota	3 zhoršený	3 apatický	3 s doprovodem	3 část. omezená	3 občas	3				
částečná	2 < 60	2 vlhká	2 anémie, kachexie	2 špatný	2 zmatený	2 sedačka	2 velmi omezená	2 převážně moč	2				
žádná	1 > 60	1 suchá	1 obezita, karcinom	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 leží	1 žádná	1 moč + stolice	1				
CELKEM										29			

SZP M.KONČICKÁ
 23.11.07 Kmáčba
 DATUM a PODPIS SZP

ANALÝZA RÁNY	POVAHA RÁNY	EXUDÁT	ZÁPACH	OKOLÍ RÁNY	OKRAJE RÁNY	BOLEST
① dekubitus	① epitelizující	① bílý	① lehký	① otok	① ohraničené	① mírná
② bércový vřed	② granulující	② žlutý	② ostrý	② zarudnutí	② neohraničené	② střední
③ gangréna diabetica	③ nekrotizující	③ zelený	③ žádný	③ ekzém		③ silná
④ jiné kožní defekty	④ infikovaná	④ krvavý	④ jiný	④ macerace		④ žádná
⑤ BODNÁ RÁNA		⑤ žádný		⑤ klidné		⑤ nelze hodnotit
2 STEHY						

Vyznačit dekubitus červeně / rány modře

- ① ZČERVENÁNÍ ☐
- ② PUCHÝŘ ☐
- ③ POŠKOZENÍ KŮŽE ☐
- ④ HLUBOKÉ POŠKOZENÍ ☐
- ⑤ NEKRÓSA, DEKUBITUS NA KOST ☐



Plán realizace péče

Datum	Velikost	Analýza rány	Povaha rány	Exudát	Zápach	Okolí rány	Okraje rány	Bolest	Ošetření	Další převaz	Podpis
23.11.	3 cm	5	2	1	3	5	1	2	BETADINE sol. + STERILNÍ KRYTÍ	24.11.	Kmáčba

SZP M.KONČICKÁ

Ošetřovatelská překládová zpráva

Jméno a příjmení: D. S.

Rodné číslo: XXX

Diagnóza: F32.3

Datum příjmu: 21.11.07

Datum překlady: 11.12.07

Kontakt na příbuzné: XXX

Způsobilost k právním úkonům: ☒ bez omezení ☐ omezen ☐ zbaven

Alergie: ☐ ano – jaká: ☒ ne

Dieta č: 3

Kanylace žil: ☐ ano – poslední výměna: ☒ ne

Stomie: ☐ ano – jaká: ☒ ne

Vědomí

- ☒ plně, komunikuje
- ☐ somnolence
- ☐ sopor
- ☐ kóma
- ☐ zmatený
- ☐ delirium

Chování

- ☒ spolupracující
- ☐ neklidný
- ☐ agresivní
- ☐ apatický
- ☒ jiné ZPOMALENA!

Soběstačnost

- ☒ ano
- ☐ pomoc při hygieně
- ☐ pomoc při stravování
- ☐ pomoc při oblékání
- ☐ pomoc při chůzi
- ☐ imobilní

Stav kůže

- ☐ bez defektů
- ☒ rána – lokalizace: EPI/MEGOGASTRIUM
- ☐ dekubit – lokalizace:
- ☐ odřenina – lokalizace:
- ☐ bércový vřed – lokalizace:
- ☒ převaz dne: 10.12. (NOVIKOV)
- ☐ převaz dne:
- ☐ materiál:
- ☐ hematom-lokalizace:
- ☐ vyrážka – lokalizace:

Vyprazdňování moče

- ☒ bez problémů
- ☐ inkontinence
- ☐ permanentní katétr, zaveden dne:

Vyprazdňování stolice

- ☐ pravidelná
- ☐ nepravidelná
- ☒ zácpa, dat. posl. stolice 9.12.
- ☐ průjem
- ☐ inkontinence

Jiné důležité informace ☐ brýle ☐ zubní protéza ☐ naslouchadla ☐ hůl
☐ jiné:

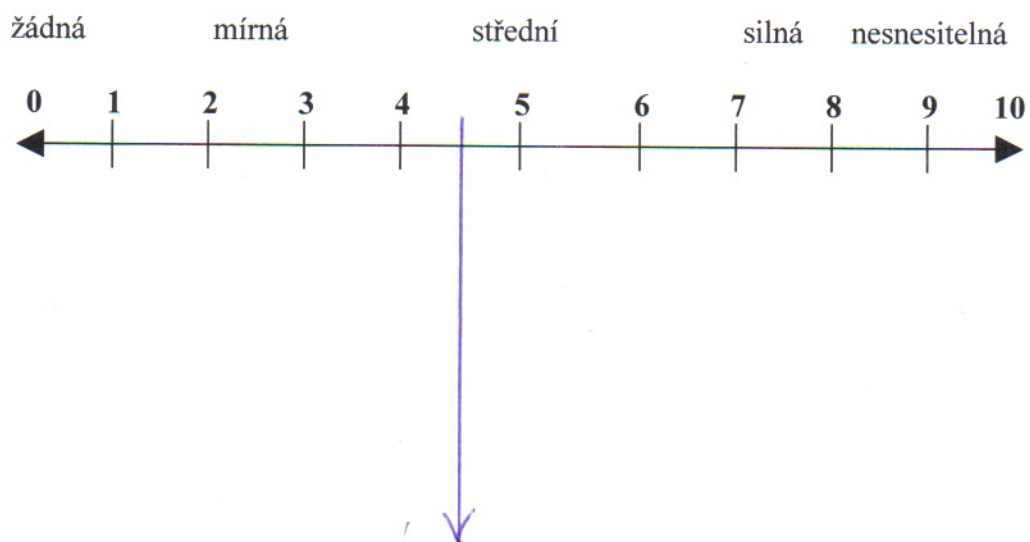
Osobní věci, cennosti

KARTA POJ. 1x
OP 1x
HODINKY ŽL. KOV 1x

Předal dne: 11.12.07
Kováčková
SZP M. KOVÁČKOVÁ

Převzal dne:

Vizuální analogová škála bolesti



p. D. Š. 23. 11. 07 9⁰⁰ hod. Končická!
SZP M. KONČICKÁ

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

<i>činnost</i>	<i>provedení činnosti</i>	<i>bodové skóre</i>
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5. kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0
6. kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech: p. D.Š. 23.11.07

0 – 40 bodů

45 – 60 bodů

65 – 95 bodů

100 bodů

vysoce závislý

závislost středního stupně

lehká závislost

nezávislý

70 bodů

Inuška!

SZP M.KONČICKÁ

**Oznámení Obvodnímu soudu pro Prahu 8 převzetí pacienta
do péče bez jeho písemného souhlasu**

- ☒ faxem
☐ telegraficky
☐ e-mailem

Psychiatrická léčebna Bohnice Vám oznamuje, že byl(a) dne 21.11.07 v 9¹⁰ hod
převzat(a) do péče bez svého písemného souhlasu

pan (paní) , D. Š. narozen(a) , 1961
trvalý pobyt , XXX
ošetř. č. XXX a je umístěn na pavilónu č. 27 přízemí

Pacienta jsme převzali, protože

- ☒ 1. podle posouzení odborného lékaře jeví známky duševní poruchy, v jejímž důsledku
ohrožuje sebe nebo své okolí.
- ☐ 2. se má na základě rozhodnutí soudu v _____ ze dne _____
spis. zn. _____ podrobit

- ☐ předběžnému opatření (podle § 76a OSŘ)
☐ ochrannému léčení podle § 72 TZ
☐ ochranné výchově podle § 84-86 TZ
☐ pozorování ve zdravotnickém ústavu podle § 116 TŘ

21.11.07 11⁰⁰ MUDr. XXX

Datum, hod., jméno, příjmení, funkce a podpis lékaře

Sdělení Psychiatrické léčebny Bohnice
Obvodnímu soudu pro Prahu 8

Dne 21. 11. 07 jsme soudu oznámili, že jsme převzali k hospitalizaci bez jeho(jejího)
písemného souhlasu

pana(paní)

D. S.

ošetř. č.

xxx

K této záležitosti nyní soudu sdělujeme, že

☒ pacient dne 8. 12. 07 hod. 10⁰⁰ podepsal souhlas s hospitalizací

☐ pacient byl dne _____ hod. _____ propuštěn, protože pominuly medicínské
důvody pro jeho další držení v ústavu

☐ dne _____ hod. _____

☐ zanikne předběžné opatření, na jehož základě je pacient u nás umístění

☐ zanikne účinnost rozsudku o přípustnosti držení pacienta v ústavu a nadále
trvají medicínské důvody pro jeho dalšího držení.

☐ pacient dne _____ hod. _____ zemřel

8. 12. 07 11⁰⁰ MUDr. xxx

Datum, hod., jméno, příjmení, funkce a podpis lékaře



DEPRESE

Deprese je psychické onemocnění, které se vyznačuje tzv. špatnou náladou, ztrátou zájmů, poruchami spánku, poklesem energie, sníženou sebedůvěrou atd. Deprese je jedním z nejčastějších zdravotních problémů a podle některých údajů postihne aspoň jednou za život 10 až 20 % populace.

Příznaky deprese narušují schopnost vykonávat i běžné činnosti a mít radost ze života. Deprese se tak může projevit různým způsobem a v průběhu onemocnění se příznaky a jejich závažnost i u stejného jedince mohou měnit. Je to nemoc, kterou je ale možné úspěšně léčit.

Jaké jsou projevy deprese?

- přetrvávající smutná a úzkostná nálada, kterou nezmění ani pozitivní vnější podněty a je pro jedince netypická
- pocity pesimismu, beznaděje, bezmoci
- ztráta zájmu téměř o cokoli (nezájem o rodinu, přátele, koníčky)
- nespavost v noci a naproti tomu ospalost a spavost během dne
- omezená schopnost koncentrace, zhoršení pozornosti
- pokles energie, malátnost
- neschopnost přinutit se k činnosti, odkládání činnosti
- ztráta chuti k jídlu – výrazné snížení váhy, nebo naopak přejídání se – přibývání na váze
- nadměrná únava i po nepatrné námaze fyzické nebo psychické
- přetrvávání bolesti hlavy, poruchy trávení, zácpa
- neklid, nervozita a nadměrná podrážděnost
- nezájem o sexuální život
- častá ztuhlost a ochablost svalstva
- ztráta smyslu života
- myšlenky na smrt a sebevraždu

Jaké faktory se na depresi mohou podílet?

- genetické faktory
- zážitky z dětství (rozvod rodičů, úmrtí některého z rodičů)
- typ výchovy (nedostatečná péče, týrání nebo naopak přílišné rozmazlování)
- stresové události (životní změny, ztráta blízké osoby, stres v zaměstnání, odchod dospělých dětí z rodiny)



Existuje více forem depresí?

Deprese můžeme dělit podle příčiny na:

- **primární** – vědci zjistili, že ji způsobuje nedostatek přenašečů nervových signálů (tzv. neurotransmiterů, zejména jde o serotonin, dopamin, noradrenalin) mezi mozkovými buňkami a změna citlivosti nervových zakončení (receptorů). Sklon k depresím může být dědičný, asi u třetiny nemocných s primární depresí se tato porucha vyskytuje v příbuzenstvu.
- **sekundární** – může být způsobena onemocněním mozku či tělesnou chorobou, ale také může být vyvolána některými léky nebo drogami.

Dále deprese dělíme podle závažnosti na:

- **lehkou** – pacient je s určitým přemáháním schopen účastnit se běžných denních aktivit
- **středně těžkou** – nemocný denní činnost zvládá jen s velkými obtížemi
- **těžkou** – nemocní se vyhýbají lidem, nejsou schopni práce ani rodinného života



Kde může nemocný nalézt pomoc?

Nemocní se mohou obrátit na svého praktického lékaře, popř. psychiatra, zavolat na linku důvěry či psychologickou poradnu, poradit se a promluvit si s členy rodiny.

Jaké jsou možnosti léčby?

Deprese naštěstí patří mezi nejlépe léčitelná psychická onemocnění. Léčba pomáhá naprosté většině postižených. Čím dříve se s léčením začne, tím dříve deprese odezní. Vhodná je kombinace farmakologické léčby a psychoterapie.

■ **Antidepresiva** – zmírňují příznaky deprese, zamezují jejímu opakování nebo zhoršování. Je nutné je užívat pravidelně a přesně podle doporučení lékaře. Léky mají různou dobu nástupu účinku, úspěšnost léčby a vývoj nemoci může nejlépe zhodnotit váš lékař. Užívejte lék každý den a vždy ve stejnou dobu. Pokud si dávku léku zapomenete vzít, vezměte si ji, jakmile si to uvědomíte. V případě, že již nastala doba pro další dávku léku – zapomenutou dávku vynechejte. Neberte si dvojitou dávku. Léčba bývá postupná a dlouhodobá. Když dojde ke zlepšení vašeho zdravotního stavu, poraďte se o dalším užívání léku s vaším lékařem. Rozhodnutí o další terapii přenechejte vždy na svém lékaři.

■ **Psychoterapie** – je důležitou součástí léčby, poskytuje podporu, pomáhá hlouběji porozumět tomu, co se s člověkem v nemoci děje, objasňuje příčiny problémů.

■ **Kognitivně-behaviorální psychoterapie** – technikami pozitivního podmiňování se snaží ovlivnit dlouhodobé změny v myšlení nemocného.

■ **Fototerapie** – také nazývaná léčba jasným světlem. Osvědčila se u lidí trpících sezónní poruchou nálad v podzimních a zimních měsících, jde o osvit bílým světlem nad 2500 luxů v časových ranních hodinách.



Zapamatujte si

- Během deprese nedělejte žádná závažná rozhodnutí.
- Začněte se včas léčit, čím dříve začnete, tím lepší bude výsledek.
- Alkohol není lék na depresi, právě naopak. Může ji vyvolat nebo prohloubit.
- Informujte lékaře, jestli někdo v rodině trpěl podobnými obtížemi, zda a jak se léčil. Informujte lékaře o svých ostatních nemocích a lécích, které užíváte.

Rady, které vám pomohou, abyste se cítili lépe

- Stravujte se zdravě – jezte zeleninu, ovoce, obilniny, celozrnný chléb a těstoviny. Pomohou ke zlepšení činnosti vaší nervové soustavy, dodají vitamíny. Přispějí k udržení vašeho fyzického zdraví a získání energie.
- Buďte aktivní – trochu si zacvičte, chodte na procházky.
- Věnujte se činnostem a věcem, které máte rádi.
- Naučte se relaxovat.
- Neuchylujte se do samoty, udržujte kontakt s blízkými, podělte se s nimi o své pocity i radosti.
- Mějte rádi sami sebe.

předchází přítomnosti blues. Začíná většinou v prvních týdnech po porodu, tedy nemusí se objevit ihned po porodu. Těžší příznaky, depresivní nálada s sebou přináší výrazné obavy o zdraví dítěte a mohou se objevit také tzv. psychotické příznaky (halucinace nebo nevyvratná přesvědčení), přičemž hrozí reálné nebezpečí, že nemocná může pod jejich vlivem ohrozit život novorozence. Mírnější formy depresí, které se vyvinuly v několika týdnech po porodu, zůstávají často nerozpoznány a ani samy pacientky nevyhledávají lékařskou pomoc.

Neléčená porucha může mít negativní dopad i na novorozence a odrazit se v jeho dětském vývoji. Depresí postižené matky se o dítě méně zajímají a nevěnují mu takovou pozornost. Narušení normálního zdravého vztahu matka-dítě může ovlivnit chování dítěte na celý život. Většinou se hovoří o ztrátě schopnosti navazovat kontakty s dalšími dětmi, o výchovných problémech, ale i poruchách učení.

PATŘÍ K MENOPAUZE BĚŽNĚ TAKÉ DEPRESE?

K rozšířeným pověrám patří, že k ukončení reprodukčního cyklu (menopauze, trvalému ukončení ovulačního cyklu) přísluší normálně také depresivní pocity. Není to pravda a problému by měla být věnována náležitá pozornost, jako je tomu kdykoliv jindy v životě ženy. Není sice obvyklé, aby žena poprvé onemocněla depresí v období menopauzy, ale nepochybně jde o období zvýšené citlivosti, obzvláště v periodě snižování frekvence a síly menstruace, která může trvat od několika měsíců do několika let (tzv. perimenopauza). Typické pro toto období je drobné kolísání nálady a návaly horka. Někdy dojde k rozvoji plného obrazu depresivní poruchy. Vyšší riziko onemocnět mají ženy, které podobné potíže již měly někdy během života, zejména v období menstruace nebo těhotenství. Cílem moderního výzkumu je sledování biologického vlivu hormonálního kolísání na emoce a náladu, zejména pak období, kdy klesá činnost ovarií (produkují méně estrogenů). Estrogeny působí i na nervové buňky a další chemické látky vyskytující se v mozku a tímto způsobem ovlivňují jeho funkci. U některých žen dojde během poklesu hladiny estrogenů v perimenopauze ke vzniku deprese. Přetrvávající nepříjemné pocity napětí, návaly a nespavost mohou být také významným zdrojem a spouštěčem emoční nepohody. Samozřejmě existuje celá řada psychologických teorií zvýšeného výskytu deprese v perimenopauze, k tradičním a nejčastěji uváděným patří tzv. syndrom prázdného hnízda. Ženy, které se cítí depresivní, by měly svůj stav konzultovat s gynekologem a případně také s psychiatrem. Zvlášť pečlivě by měly být v tomto ohledu, pokud trpí přidruženým tělesným onemocněním, což je situace velmi častá.

JAK SE DEPRESE LÉČÍ?

Vyhlídky jsou při včasné odhalení nemoci a vhodné zvolené léčbě až překvapivě povzbudivé, neboť převážná většina trpících depresí se uzdravuje. Základem je vždy profesionálně vedená léčba, kdy odborník zjistí stav nemocného, okolnosti jeho vzniku a doporučí nejvhodnější terapeutický postup. Komplexní léčba s nejvýraznějším efektem má dvě nezastupitelné součásti a těmi jsou podávání léčiv (psychofarmakoterapie) a psychoterapie (léčba slovem, hrou, komunikačními, resp. psychotherapeutickými technikami). Do jisté míry lze za určitou formu psychoterapie považovat samotný kontakt s lékařem, rozhovor s ním, sdílení potíží, ale také četbu podobných informačních materiálů, jaké držíte v ruce. Samotnou psychoterapii, kterou poskytuje psychoterapeut (člověk vzdělaný v těchto technikách, expert), lze užít pouze u lehčích forem depresivních poruch. Na okraj také patří poznámka, že je vhodné, aby léčbu řídil pouze jeden odborník.

Léků odstraňujících depresivní potíže máme celou řadu a jak už to bývá, mají jednotlivá antidepresiva své výhody a nevýhody. Jak již bylo uvedeno, psychoterapie je vhodná pouze u lehčích forem deprese a pomáhá objasňovat, co se s nemocným v průběhu deprese děje,

odhaluje příčiny problémů, případně sebepoškozujícího chování. V současné době existuje asi 200 různých druhů psychoterapie, jejichž prostřednictvím se lidé učí zvládat obtíže a znovu nabývat sebevědomí. Na uzdravení se samozřejmě podílí i sám pacient svou vlastní aktivitou. K obnovení sebedůvěry mu pomáhá stanovení malých, dosažitelných cílů. Zlepšovat náladu pomáhá pohyb a cvičení. Ale zejména podpora okolí dělá divy. Důležitý je pro pacienta i zdroj informací. Snadno dosažitelná je například linka důvěry či lékaři psychiatrických oddělení ve Vašem městě, se kterými se můžete spojit. Když se stane, že pacient není plně spokojený, má nezpochybnitelné právo vyhledat jiného specialistu. Tyto změny však mají svá pravidla a pro podrobnosti se lze obrátit na zdravotní pojišťovnu, u které je pacient evidován.

JAK DLOUHO ČEKÁME NA NÁSTUP ÚČINKU ANTIDEPRESIVA?

Efekt není nikdy okamžitý, při léčbě dojde ke zlepšení nálady většinou ve druhém až třetím týdnu od počátku léčby, ale to jen při nepřetržitém užívání. Důležité je léky užívat po dostatečně dlouhou dobu, i když se zpočátku může zdát, že jejich negativní vliv je výraznější než úleva, kterou by měly přinášet. Adaptace na vedlejší účinky trvá asi dva týdny.

JE MOŽNO DEPRESI VYLÉČIT DEFINITIVNĚ?

Ani léčbu první deprese v životě nelze zvládnout krátkodobě a podle současných doporučení by všichni pacienti, u kterých byla zaznamenána kladná odpověď na antidepresivní léčbu, měli být léčeni stejnou dávkou léku minimálně šest až devět měsíců od chvíle, kdy se začali cítit jako dříve. Případné pozvolné vysazení této terapie může následovat až po plném uzdravení a stabilizaci duševního stavu, aby nedošlo k návratu nemoci ještě v době, kdy všechny příznaky neodezněly (relapsu). U pacientů, kteří trpí opakovanými depresemi (recidivami), musíme uvažovat o udržovací léčbě trvající několik let. Součástí léčby je vypracování podrobného klinického plánu, poučení pacienta a jeho blízkých, co dělat, pokud se příznaky opět objeví.

KDE HLEDAT ODBORNOU POMOC?

Zavedení nových bezpečných tříd léků do léčby deprese a zejména to, že se tyto léky výborně osvědčily při léčbě pacientů, umožnilo, aby některá antidepresiva mohl ordinovat již lékař první linie – tedy praktický nebo závodní lékař. Předpokladem je jeho dobrá informovanost o depresivní poruše a povědomí o možnostech léčby.

Nechce-li nemocný docházet k psychiatrovi nebo praktickému lékaři v místě bydliště (obavy ze stigmatu duševní nemoci), může se podle svého výběru telefonicky objednat i v odborné ambulanci v jiném městě či obvodě.

Závažnější formy depresí, a zejména ty, které nereagují na léčbu, je však nutné předat do péče odborníka vždy a případně pacienta hospitalizovat. V péči psychiatra by se měli ocitnout i nemocní trpící opakovanými depresivními potížemi.

Ženy se mohou svěřit svému odbornému ženskému lékaři, porodníkovi, ale také praktickému lékaři. Mohou se také samy obrátit přímo na psychiatra, není třeba doporučení.

Odbornou pomoc je třeba neodkladně vyhledat v případě, že:

- pomýšlíte na sebevraždu,
- dělá Vám těžkost zvládat každodenní povinnosti,
- ani po delší době se necítíte lépe,
- ke zlepšení nálady používáte alkohol nebo užíváte léky (zde není polykání prášků bez porady s lékařem řešením Vašich potíží, svůj problém tím jen odkládáte a dočasně zakrýváte).

Pevně věřím, že pro Vás bude tato stručná publikace užitečným pomocníkem a průvodcem léčby depresivní poruchy, ať už vznikla kdykoliv během Vašeho života, a pomůže Vám společně s lékaři a psychoterapeuty tuto nemoc úspěšně zvládnout. A nezapomeňte, že se to daří dosáhnout u výrazné většiny těch, kteří onemocněli!

DEPRESE

NEMOC RODU ŽENSKÉHO?

as. MUDr. Martin ANDERS, Ph.D., Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha

ÚVOD

Udává se, že deprese postihne jednou za život skoro jednu pětinu všech lidí. Pro ilustraci, v České republice je každoročně nově diagnostikováno kolem pěti tisíc a na lůžku léčeno asi tisíc depresivních pacientů. Závažné však je, že řada odborníků předpokládá, že dalších 50 % depresivních nemocných se vůbec nedostaví k lékaři, anebo je u nich chybně diagnostikována neexistující tělesná choroba. Přitom depresivní nemocní mají 30krát vyšší riziko sebevraždy oproti jedincům bez deprese a ročně tímto způsobem ve světě ukončí svůj život celá řada postižených v produktivním věku.

KOHO ONEMOCNĚNÍ POSTIHUJE?

Deprese postihuje dvakrát častěji ženy, což je odlišné od většiny jiných duševních poruch. Příčina tohoto jevu je objasněna pouze z části. Hovoří se o vlivu chromozomu X či nestabilitě „vnitřních hodin“ způsobované menstruačním cyklem, ale také o nižší míře diagnostiky u mužů, kteří podobné problémy jen neradi přiznávají a často je řeší třeba pitím alkoholu.

Připomeňme si také, že náchylnější jsou starší lidé, zejména ti, kteří trpí tělesnými chorobami a hlavně takoví, kteří žijí sami nebo v ústa-vech sociální péče. Rizikem jsou také zátěžové situace v životě, kdy dochází k citelným změnám (ukončení studia, vojenská prezenční služba, narození dítěte, úmrtí partnera, nezaměstnanost). Přibližně u třetiny těchto nemocných najdeme podobné potíže i u příbuzných, ale ne každý, kdo má nemocného příbuzného, však onemocní. Někdy se hovoří o snížené toleranci psychické zátěže, neboť ti lidé jsou geneticky zvýšeně citliví ke stresovým událostem, což se v poslední době podařilo opakovaně prokázat.

Deprese často postihuje i jedince po infarktech srdečního svalu, s vysokým krevním tlakem, mozkovými příhodami, Parkinsonovou chorobou, cukrovkou, revmatismem, endokrinními nemocemi (snížená sekrece hormonů štítné žlázy, onemocnění nadledvin) a s různými druhy autoimunitních chorob. Léčba antidepresiv v těchto případech musí být vedena s ohledem na jejich tělesný stav a další podávané léky.

Depresi může vyvolat i sama léčba tělesných onemocnění (např. kortikosteroidy, cytostatika, protizáchvatové léky, léky proti početí, antipsychotika, léky proti alergiím, léky na léčbu zvýšeného krevního tlaku, hypnotika) a v těchto případech je nutné upozornit lékaře, který léky předepsal, aby uvážil jejich změnu či navázal spolupráci s psychiatrem.

JAK SE PROJEVUJE DEPRESE?

Ačkoliv se depresivní porucha může vyskytnout při různých životních okolnostech, jsou její projevy typické a prakticky identické. Mezi hlavními příznaky deprese je depresivní nálada, která je takového stupně, že je pro jedince netypická, je přítomná po většinu dne, a to po delší dobu. Kolísání nálady patří k jevům běžným a časový aspekt je velmi důležitý. Postižení si stěžují, že ztratili zájem a radost z aktivit, které je obvykle těšily. Dochází ke snížení pocitu energie nebo se vyskytuje zvýšená únava. Mezi další přidatné příznaky deprese patří ztráta sebe-důvěry a sebeúcty, neoprávněné sebevýtisky nebo přehnané a bezdůvodné pocity viny, vracející se myšlenky na smrt nebo sebevraždu, snížená schopnost myslet nebo se soustředit. Příznaků je celá řada a jsou u každého z postižených přítomny v jiné kombinaci. Častým doprovodným symptomem je úzkost, která může mít i svou manifestaci tělesnými příznaky (hlavně bolestmi, napětím, třesem apod.). Nemocní jsou většinou příznaky natolik zneklidnění, že se často zvýšeně sebezpozorují a hledají příčinu svého stavu.

ŽENY JSOU DVAKRÁT ČASTĚJI POSTIŽENY. EXISTUJÍ NĚJAKÁ OBDOBÍ, KDY JSOU ŽENY VÍCE ZRANITELNÉ?

Jak již bylo zmíněno, kolísání koncentrací hormonů v průběhu menstruačního cyklu je někdy považováno za jeden z klíčových vyvolávajících faktorů onemocnění. Tuto teorii potvrzuje výskyt specifických období, o kterých víme, že jsou v životě žen velmi riziková.

PATŘÍ K NIM I BĚŽNÁ MENSTRUACE?

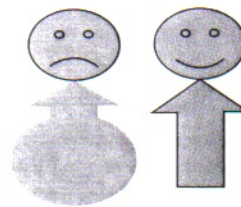
Samozřejmě, mnoho žen v období menstruace pociťuje nepříjemné změny v různých částech svého těla (napětí prsů, bolest, otoky apod.) nebo u nich dochází ke kolísání či přímo ke zhoršení nálady před začátkem menstruace. Řada z nich si stěžuje na náladovost nebo přímo vztek, které nejsou schopny ovládnout. Jsou tak často nepřímo nuceny stranit se přátel, ale i rodiny a mohou si způsobit problémy v zaměstnání. Při závažnějších změnách hovoříme o premenstruační dysforické poruše, která celoživotně postihuje až 5 % všech žen v době jejich reprodukčního cyklu. Potíže se pravidelně objevují po ovulaci (tj. zhruba v polovině cyklu), jejich intenzita se stupňuje v týdnu před menstruací a maxima dosahují se začátkem menstruace. Psychické problémy jsou prakticky totožné se symptomy depresivní poruchy a jejich odlišnost je spatřována zejména v jejich typickém časovém výskytu. Minimálně 7–10 dní v průběhu každého menstruačního cyklu však musí symptomy zcela vymizet, neboť trvalí dlouhodobě, jedná se pravděpodobně již o depresivní poruchu. Tzv. premenstruační symptomy začínají většinou s první menstruací. Některé z žen popisují jejich zhoršení po dosažení třiceti let života, u jiných vznikají po porodu nebo po různých lékařských výkonech v urogenitální oblasti (např. sterilizace). Potíže mizí v období těhotenství a při kojení, ale nastoupí opět po několika měsících. Ukončení menstruačního cyklu jejich výskyt časově ohraničuje. Přesnou příčinu neznáme, ale onemocnění chápeme jako známku zranitelnosti funkce neuronů, o nichž víme, že díky řadě receptorů citlivě reagují na hormonální změny.

CHRÁNÍ TĚHOTENSTVÍ PROTI DEPRESI?

Bohužel se ukazuje, že tomu tak není, ačkoliv se tato informace i dnes občas někde objeví. Kolem 20 % žen v graviditě trpí některými z depresivních symptomů a u 10 % se rozvine plná depresivní porucha, tak, jak ji známe v jiných případech. Ženy, které depresi trpěly již v minulosti, mají vyšší riziko, že je podobná potíž postihne i během těhotenství, a to obzvláště v tom případě, že ukončily užívání antidepresivní léčby v době, kdy se rozhodly pro početí potomka. Je také pochopitelné, že způsob léčby bude poněkud odlišný od jiných případů, zejména s ohledem na plod. U lehčích forem lze pomoci psycho-terapií. Závažnější formy onemocnění je nezbytné léčit antidepresivy a je nutné si uvědomit, že neléčená deprese znamená pro plod někdy větší riziko než medikamenty. Depresivní nastávající maminky nedbají tolik na svou výživu, více kouří nebo konzumují alkohol a jsou ohroženy sebevraždou. Častěji také porodí předčasně a novorozenci mají nižší porodní hmotnost. Na rozhodnutí, zda užívat léčbu před početím i během těhotenství nebo ne, by se měli spolupodílet jak lékař, tak pacientka. Zvážit klady a zápory takového řešení je vždy nezbytné, užitečnou radou může přispět i gynekolog-porodník nebo dětský lékař. Zásadní roli při rozhodování hraje dosavadní průběh onemocnění, jeho závažnost, úspěšnost léčby, ale také to, zda si v minulosti nemocná v rámci nemoci usilovala o život. Rozdíl je také v tom, zda žena plánuje těhotenství dlouhodobě, nebo k němu došlo neočekávaně. První případ bývá vždy z hlediska výběru možností postupu výhodnější a jednoznačně bezpečnější!

HROZÍ DEPRESE I PO PORODU?

Narození dítěte je vnímáno jako jedinečná a šťastná rodinná událost, ale bohužel i zde existuje riziko vzniku deprese u novopečených maminek. Rozeznáváme základní dva typy tzv. poporodní deprese, které se liší intenzitou a dobou trvání. Prvním, mírnějším typem je tzv. poporodní blues, které postihuje 50–80 % všech rodiček. Potíže se objevují 3.–4. den po porodu, nejhorší bývají mezi 5.–7. dnem a mizí 12. den. Nálada kolísá, mění se během dne, maminky jsou vznětlivé, citlivé, ale potom se cítí dobře. Občas se objeví poruchy spánku. Pokud symptomy trvají déle než 2 týdny, je důležité stav sledovat, neboť u 20 % takto postižených se příznaky zhorší natolik, že již hovoříme o poporodní depresi. Sama poporodní deprese se může vyvinout i bez



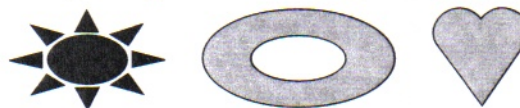
Deprese se somatizací

Deprese je nejčastěji prožívána jako ztráta nálady, smutek a bezmoc, je to však nemoc celého organismu. Kromě toho, že vede ke ztrátě energie i vůle, velmi často se projevuje tělesnými příznaky. Někdy si člověk postižený depresí dokonce uvědomuje spíše tělesné příznaky, než pocity smutku a beznaděje. Někteří nemocní si tyto potíže vysvětlují vážnou tělesnou nemocí. Výsledkům vyšetření, které neukážou žádnou tělesnou nemoc pak často nevěří.

I když je deprese nemoc, neznamená to, že v depresi je člověk "nenormální" nebo "bláznivý". Je však bez energie, neprožívá radost, má smutnou náladu, obtěžují ho nepříjemné tělesné pocity a vše si vyčítá. Každodenní fungování je omezeno. Nedokáže se dostatečně soustředit. Nic ho netěší. Cítí prázdno v duši. Pozornost mohou poutat tělesné příznaky.

Klinicky významná deprese se někdy v životě objeví u 20% lidí. Každoročně jí onemocní 5 % obyvatelstva nezávisle na věku. Ženy onemocní 2x častěji než muži.

Deprese je léčitelné onemocnění. Léčba pomůže naprosté většině postižených. Čím dříve léčba začne, tím dříve deprese odezní. Neléčená deprese vede ke ztrátě výkonnosti, radosti v životě a výrazně zhoršuje celkový zdravotní stav - snižuje obranyschopnost organismu.



Typické příznaky deprese se somatizací

Hlavním příznakem deprese je porucha nálady. U deprese se somatizací však do popředí vystupují tělesné příznaky. Může to být:

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> pokles energie, únava, ospalost, malátnost, tíhy, nadměrná unavitelnost (i jednoduché činnosti vyžadují nadměrnou námahu) | <input type="checkbox"/> problémy s rozhodováním |
| <input type="checkbox"/> ztráta iniciativy a tendence polehávat, vyhýbat se námaze | <input type="checkbox"/> přetrvávající tělesné příznaky, kam může patřit kterýkoliv z následujících ale i některé jiné: |
| <input type="checkbox"/> nespavost, předčasné ranní probouzení, nebo naopak nadměrná ospalost a spavost během dne | <ul style="list-style-type: none">▪ pocity celkové slabosti▪ závratě▪ pocity na zvracení▪ tlaky v žaludku nebo břichu▪ poruchy trávení, zácpa▪ dlouhodobé bolesti v různých částech těla (hlavy, páteře, břicha, za hrudní kostí, ve svalch)▪ bušení srdce, těžké končetiny▪ třes▪ šumění nebo tikání v uších▪ rozmazané vidění či vidění "mušek"▪ tíha na hrudi, pocit nedostatečnosti dechu nebo stížené dýchání▪ potíže s polykáním▪ ztuhlost nebo ochablost svalstva i jejich stažení nebo pálení |
| <input type="checkbox"/> ztráta chuti k jídlu a snížení váhy, nebo naopak přejídání se a přibývání na váze | |
| <input type="checkbox"/> ztráta zájmu a radosti, neschopnost se těšit | |
| <input type="checkbox"/> nezájem o sexuální život nebo problém v sexuálním životě, menstrační potíže a změny nálady před menstruací | |
| <input type="checkbox"/> ztráta vůle | |
| <input type="checkbox"/> zhoršení soustředění | |
| <input type="checkbox"/> ztráta nálady nebo "prázdna nálada" | |

Co se děje během deprese v mozku a v těle

Epizoda deprese je spojená s nedostatkem serotoninu anebo noradrenalinu na nervových zakončeních (synapsích) v mozku. V nadledvinkách dochází ke zvýšené sekreci hormonu kortisolu. Mozek by měl reagovat na zvýšenou hladinu kortisolu ukončením stresové reakce, tato zpětná vazba však nefunguje. Tělo se nadměrně vyčerpává. Antidepressiva postupně pomáhají obnovit biologickou rovnováhu v mozku, což je sledováno normalizací sekrece kortisolu. Vrací se přirozený pocit energie a aktivity.

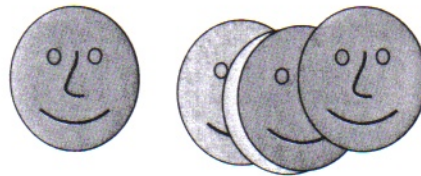
Jak se deprese léčí

Nejosvědčenější u všech druhů depresí, tedy i u deprese se somatizací, je podávání antidepressiv. U depresí se sezonním průběhem (tzv. zimních depresí) je účinnou léčbou fototerapie. U lehčích forem deprese může dostatečně pomoci psychoterapie. Optimální pro všechny typy deprese je však kombinace antidepressiv a psychoterapie.

Antidepressiva



Antidepressiva pomáhají vytvořit neurohormonální rovnováhu na těch neuronech v mozku, kde je v depresi nedostatek působků. Vzhledem k tomu, že přímo chybějící neurotransmitery nedodávají, ale regulují jejich porušenou rovnováhu, jejich efekt není okamžitý, ale zpravidla se objeví za 3 - 6 týdnů podávání.



Psychoterapie

Samotná psychoterapie může pomoci jen u lehkých forem deprese. U hlubší deprese nestačí. Nicméně v kombinaci s léky zvyšuje jejich účinnost. Psychoterapie pomáhá hlouběji porozumět, co se s člověkem v depresi děje. Učí, jakým způsobem zacházet s příznaky a s problémy v životě a posílá trénuje dovednosti, které mohou do budoucna bránit rozvoji nové epizody. Psychoterapeutický přístup poskytuje bezpečný prostor, ve kterém se nemocný může projevit a vyjádřit, co ho trápí.

Co dělat a nedělat během deprese

důvěra, trpělivost,
laskavost k sobě

Deprese negativním způsobem zkresluje pohled na sebe, svět, životní situaci i budoucnost. Toto zkreslené hodnocení může přetrvávat v různé míře až do chvíle, než začne fungovat léčba. Do té doby je dodržujte následující zásady:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> uvědomte si, že deprese je nemoc, která je léčitelná | <input type="checkbox"/> pokud se odhodláte k delší činnosti, rozdělte ji na menší úseky |
| <input type="checkbox"/> nezůstávejte s problémem sami | <input type="checkbox"/> nechylujte se do samoty, udržujte kontakt s blízkými lidmi |
| <input type="checkbox"/> důvěřujte svému lékaři a nebojte se mu sdělit své potíže | <input type="checkbox"/> nepokoušejte se depresi "zaspat". |
| <input type="checkbox"/> pravidelně užívejte léky, které vám odborník předepsal | <input type="checkbox"/> nedůvěřujte svým negativním myšlenkám |
| <input type="checkbox"/> nekladte si žádné náročné cíle a úkoly | <input type="checkbox"/> nevěřte lidem, kteří vám říkají, že "byste se měli vzchopit" |
| <input type="checkbox"/> během deprese nedělejte závažná rozhodnutí | <input type="checkbox"/> nestyďte se brečet kdykoliv potřebujete |
| <input type="checkbox"/> neodjíždějte na dovolenou nebo do neznámého prostředí | <input type="checkbox"/> nečekejte od léčby zázraky za několik dní |
| <input type="checkbox"/> nesrovnávejte nynější výkonnost s aktivitou před onemocněním | <input type="checkbox"/> pokud vás přepadají myšlenky na sebevraždu - svěťte se svým blízkým a hlavně to řekněte svému lékaři |
| <input type="checkbox"/> neříkejte si, že depresi "zlomíte vůlí". | <input type="checkbox"/> neukončujte předčasně léčbu i když se už budete cítit dobře |
| <input type="checkbox"/> zkuste dělat to, co je vám příjemné | <input type="checkbox"/> v depresi nemohou pomoci léčitelé, akupunktura, homeopatie nebo jiné alternativní praktiky |
| <input type="checkbox"/> důležitý je pravidelný pohyb | |

Jak předejít další epizodě deprese

Užívání léků

Je velmi důležité nepřerušit léčbu antidepresivy předčasně. To by mohlo způsobit rychlý návrat příznaků. Proto léčba pokračuje ještě nějaký čas po vymizení příznaků. Podávání léků by mělo pokračovat alespoň 6 - 9 měsíců po dosažení úlevy. Pokud jde o opakovanou depresi je vhodné prodloužit podávání antidepresiv na dobu dvou let, při třech a více epizodách na pět let. V některých případech je vhodné užívat antidepresiva celý život.

Snižování stresu

pravidelnost, dobré vztahy, příjemné aktivity

Stres hraje velkou roli jak při vzniku, tak při udržování deprese. Proto je důležité naučit se mu předcházet. K tomu může pomoci:

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> pravidelnost a rytmus v denních činnostech | <input type="checkbox"/> pravidelný spánek |
| <input type="checkbox"/> klidné rodinné rituály (společné stolování, výlety apod.) | <input type="checkbox"/> pravidelné ranní vstávání s krátkým cvičením a vlažnou sprchou |
| <input type="checkbox"/> láskyplné vztahy v užší i širší rodině | <input type="checkbox"/> dostatek příjemných zážitků |
| <input type="checkbox"/> dostatek přátel | <input type="checkbox"/> dostatek pravidelného pohybu |
| <input type="checkbox"/> kultivace vztahů na pracovišti | <input type="checkbox"/> asertivita |
| <input type="checkbox"/> plánování aktivit | <input type="checkbox"/> vyhnout se alkoholu, kouření, spěchu, otravným lidem |
| <input type="checkbox"/> určování priorit | <input type="checkbox"/> čas na koníčky a zájmy |
| <input type="checkbox"/> pravidelný odpočinek (aktivní i pasivní) | <input type="checkbox"/> kultura |

JP